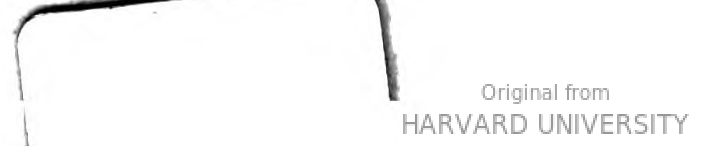

VE RI TAS
CHRISTO ET ECCLESIAE
SIGILLUM ACADEMIAE HARVARDIANAE IN NOV·ANG·



Neue Folge des Archivs für Dermatologie und Syphilis.

Vierteljahresschrift

für

Dermatologie und Syphilis.

Unter Mitwirkung von

Prof. M'CALL ANDERSON, Prof. BAZIN, Dr. BERGH, Dr. BIDENKAP, Prof. BIESIADECKI, Prof. BOECK, Dr. BURCHARDT, Prof. DUHRING, Prof. FRIEDREICH, Prof. GEBER, Prof. HEBRA, Prof. KAPOSI, Prof. KLOB, Prof. KÖBNER, Prof. LANDOIS, Prof. LANG, Prof. LEWIN, Prof. LIPP, Dr. LJUNGGREN, Dr. MICHAELIS, Prof. MOSLER, Prof. NEUMANN, Dr. OEWRE, Dr. PINCUS, Prof. REDER, Prof. RINDFLEISCH, Prof. v. RINECKER, Dr. SCHUSTER, Prof. v. SIGMUND, Dr. SIMON, DDr. VEIEL, Prof. v. WALLER, Dr. WERTHEIM, Prof. WILSON, Prof. ZEISSL und anderen Fachmännern

herausgegeben von

Prof. Dr. F. J. Pick und **Prof. Dr. H. Auspitz**

Vorstand der Klinik für Hautkrankh. u. Syph. in PRAG.

Director der allgemeinen Poliklinik in WIEN.

Zweiter 1875. Jahrgang.

(Der Reihenfolge VII. Jahrgang.)

Mit zehn lithographirten Tafeln.

Wien, 1875.

Wilhelm Braumüller

k. k. Hof- und Universitätsbuchhändler.



INHALT.

Originalarbeiten.



Seite

Vorläufige Mittheilungen, Discussionen etc.:

Bericht über die Leistungen auf dem Gebiete der Dermatologie und Syphilis.

Besprechungen und Anzeigen.

Originalarbeiten.

Zur Histologie des Lupus (Willani).

Gleichzeitig ein Beitrag zur Lehre von den regressiven Metamorphosen.

Von

Eduard Lang,

a. ö. Prof. f. Dermatologie und Syphilis an der Universität Innsbruck.

Hierzu Tafel I und II.

Seit den eingehenden Untersuchungen von Auspitz über Lupus [1]) hat sich die grosse Mehrzahl der Autoren, nachdem dessen Ansicht auch noch in die Virchow'sche Lehre [2]) passte, für den bindegewebigen Charakter des Lupus mit einer solchen Ueberzeugung ausgesprochen, dass Rindfleisch's [3]) Auffassung des Lupus, als eines Adenoms der Talg- und Schweissdrüsen, nirgends Anerkennung finden konnte. Man glaubte wirklich die Anatomie des Lupus abgeschlossen und es schien die Sache für lange Zeit beigelegt.

Im Jahre 1871 trat Schüppel mit seinen Untersuchungen über Lymphdrüsen-Tuberculose [4]) hervor und brachte in seiner Arbeit die Riesenzelle zu einer ungeahnten Bedeutung. Bald darauf wurde dasselbe Gebilde auch in der Haut [5]) und speciell auch im Lupus [6]) angetroffen. —

---

[1]) Ueber die Zelleninfiltration der Lederhaut bei Lupus etc. Wien. med. Jahrb. 1864.

[2]) Geschwülste, II. Bd.

[3]) Pathol. Gewebelehre.

[4]) Tübingen, Verlag d. Laup'schen Buchhandlung.

[5]) Bizzozero, Tuberculose d. Haut. Centralbl. f. d. med. Wiss. 1873.

[6]) Friedländer, Ueber die Beziehungen von Lupus, Scroph. etc. Centralbl. f. d. med. Wiss. 1872. — Untersuchungen über Lupus, Virch. Arch. Bd. 60. Pantlen, Ueber Tuberculose d. Haut. Tübingen, 1873.



Es musste nun Jedermann klar werden, dass die mikroskopische Anatomie des Lupus einer neuerlichen gründlichen Bearbeitung zu unterziehen sei.

Indem ich mir die Revision der Anatomie des Lupus zur Aufgabe stellte, luden gleichzeitig auch die Fragen: Gibt die sogenannte Riesenzelle ein sicheres Criterium für Tuberculose ab? Welche Stellung nimmt der Lupus zu jenen Krankheiten ein, für welche die sogenannte Riesenzelle als diagnostisches Merkmal gilt? zu einer Antwort ein; doch ging ich ihnen aus dem Wege und beschränkte mich nur darauf, meine Untersuchungen auch auf die Beantwortung der Frage nach dem Wesen und dem Ursprung der sogenannten Riesenzelle auszudehnen.

Zwar gibt sich schon Schüppel[1]) Mühe die Sache zu erforschen und glaubt ihr auch auf den Grund gekommen zu sein; da aber die von ihm gegebene Darstellung nicht befriedigt; da ferner ein anderes Organ wie die Lymphdrüse möglicher Weise viel günstigere Chancen für Erforschung dieser Frage bieten mag; da weiters diese Frage den Angelpunkt für alle andern abgibt; und da ihr schliesslich ein wesentlicher Antheil an der Anatomie des Lupus nicht abzusprechen ist: so habe ich bei Bearbeitung der lupösen Haut auch ihr meine vollste Aufmerksamkeit zugewendet.

Unterzieht man die Randpartien von Lupus einer genauen Untersuchung[2]), so kann man sich sehr bald die Ueberzeugung verschaffen, dass Auswachsungen des protoplasmatischen Rohres der Capillaren (Taf. I, Fig. 1.), sowie auch der Adventitialelemente der kleinen Gefässe, nicht nur des Blut- sondern auch des Lymphgefässsystems (Fig. 2 und 3) den vornehm-

---

[1]) Ueber die Entstehung der Riesenzellen etc. Arch. d. Heilkunde. 13. Jahrgang.

[2]) Ich unterlasse die bei der Untersuchung in Anwendung gebrachten Methoden anzuführen, weil ich nicht glauben machen möchte, dass nur mit ihrer Hilfe das, was ich schildern werde, zu sehen ist. Die Verhältnisse sind vielmehr so einfache, dass man sie sehr leicht mit den allergewöhnlichsten Hilfsmitteln zur Anschauung bringen kann. — Nur des Umstandes muss ich mit Bedauern erwähnen, dass ich nicht in der Lage war, die Präparate zu untersuchen, als sie mir lebend zur Verfügung standen.

lichsten Ausgangspunkt für den Lupus abgeben [1]). Nach einigem Bestehen vereinigen sich die vielfach auswachsenden Fortsätze zu einem Netze, von dessen Balken zartgranulirte, membranartige Ausbreitungen oder auch buckelförmige Erhebungen, die ihrerseits wieder kernhaltig werden, in die Maschenräume hineinragen, neue Fortsätze treiben, und so das ursprünglich grobe Maschenwerk zu einem immer feinern gestalten und die Maschenräume selbst immer dichter anfüllen. — Ich will hiefür die Bezeichnungen Lupuszellennetz, Lupuszellengeflecht oder schlechtweg Lupusnetz, Lupusgeflecht gebrauchen.

Dieses Lupuszellennetz stellt sich in zwei verschiedenen Formen dar, die sich häufig genug auch mit einander combiniren.

In dem einen Falle nämlich erscheint die Neubildung als eine infiltrirte; sie ist nicht scharf gegen die Umgebung abgegränzt und treibt da und dort aus Zellen bestehende zungenförmige Fortsetzungen in die Gewebsinterstitien hinein. Das Zellennetz des infiltrirten Lupus bildet manchesmal oblonge Maschenräume, deren Längsachse mit der im normalen Zustande an den Bindegewebsmaschen beobachteten zusammenzufallen pflegt; meistens jedoch ist an den Achsen der Maschen eines Lupusnetzes die Prävalenz nach einer bestimmten Richtung hin nicht auffällig.

In dem andern Falle tritt die Lupusneubildung nur an einer kleinen, genau umschriebenen Partie auf und gränzt sich gegen die Umgebung dadurch ab, dass die am Rande befindlichen Zellen sich zu kleinen Spindeln ausziehen, die sich in einigen concentrischen Schichtungen dicht an einander legen und so das Aussehen von Fasern gewinnen, innerhalb deren das Lupuszellennetz herdartig abgeschlossen erscheint (Fig. 4, 6 und 31). — Diese Herde werden von mir Lupuszellenherde, oder kurzweg Lupusherde genannt werden.

Wir haben somit dem infiltrirten Lupus einen Herdlupus — d. i. einen von vornherein aus Herden aufgebauten Lupus — entgegenzusetzen.

---

[1]) Sehr wahrscheinlich führen auch die im Bindegewebe eingestreuten Zellen zu ähnlichen Prolificationen.



Die infiltrirte Form ist die seltenere; sie ergreift aber, wenn sie auftritt, in der Regel grössere Strecken auf einmal. — Der Herdlupus kommt viel häufiger vor und bedroht die Haut durch die Menge der Einzelherde.

Der infiltrirte Lupus durchsetzt das Gewebe gleichmässig. — Den Herdlupus hingegen findet man an den Verlauf nicht nur der Capillaren, der kleinen Arterien und Venen, sondern auch der Lymphräume gebunden; und zwar liegen die Herde den Gefässen entweder seitlich an, oder sie umgeben dieselben kugel- oder spindelförmig.

Die in der ersten Phase ihrer Entwickelung als regellos verzweigte Protoplasmalager erscheinenden Lupuszellen nehmen, bei fortschreitender Wucherung, im infiltrirten Lupus immer mehr und mehr die Form von im Zusammenhange stehenden Granulationszellen an, und behalten diese ihre Form längere Zeit bei.

Nach einigem Bestehen machen sich an vielen Stellen des infiltrirten Lupus Ernährungsstörungen geltend, welche den Charakter einer degenerativen Atrophie annehmen und sich früher oder später auch auf die nächst anliegenden Partien ausdehnen; es tauchen gleichsam Ernährungsstörungscentra auf, von denen aus sich der degenerative Process bis zu einem gewissen Grade centrifugal ausbreitet. In diesem Stadium büsst der infiltrirte Lupus sein ihn charakterisirendes gleichmässiges Aussehen ein und ist durch die Bildung von Degenerationsherden von einem ebenfalls in vorgerücktem Stadium befindlichen Herdlupus oft nur schwer zu unterscheiden. — Der Lupusherd hebt sich schon sehr früh dadurch hervor, dass die ihn constituirenden Elemente nicht gleichmässig ernährt erscheinen; schon sehr früh sieht man neben wohl ernährten Zellen auch degenerativ atrophirte; aber selbst noch in sehr späten Stadien trifft man die ihn von der Umgebung trennenden, zu langen Spindeln ausgezogenen, concentrisch gelagerten Zellen an.

Für das Studium der mannigfachen Veränderungen, welche an den Lupuszellen zu verzeichnen sind, habe ich in erster Reihe — aber nicht ausschliesslich — den Herdlupus gewählt, weil ich sehr bald einsehen lernte, dass es viel er-

spriesslicher ist, den Verlauf aus neben einander liegenden Bildern abzuleiten, wenn dieselben nahezu durch die ganze Zeit ihres Bestehens in den engen Rahmen von Lupuszellenherden eingeschlossen werden, als wenn sie in dem weiten Gebiete eines infiltrirten Lupus zerstreut sind.

Das beim infiltrirten Lupus erwähnte gleichartige Aussehen büssen die Zellen des Herdlupus, wie gesagt, schon sehr früh ein, und das um so früher, zu einem je grösseren Umfange der Herd angewachsen ist. Es quellen nämlich die Lupuszellen, je näher zur Mitte des Herdes, in um so bedeutenderem Masse und in um so grösserer Anzahl auf, und zwar betrifft dieses Aufquellen Zellkörper und Zellkern in gleicher Weise (Figuren 4 und 5). Während die noch nicht veränderten (granulationsähnlichen) Zellen einen Durchmesser von etwa 8 μ besitzen, und in der Regel einen oder mehrere 5 μ grosse Kerne bergen, erlangen sie durch Aufquellen Maasse von etwa 18 μ auf den Zellenleib und von nahezu 10 μ auf den Kern bezogen; dabei ist der Zellkörper sowohl, als auch sein Nucleus sehr blass geworden und nur nach Anwendung irgend einer Tinction hebt sich der letztere besser hervor.

Die Blässe und das Verquollensein prägen diesen Zellen (gegenüber den nicht aufgequollenen) etwas so Eigenartiges auf, dass man sehr leicht zu der Annahme, als wären es epitheliale Zellen, verleitet werden könnte, wenn ihr durch sehr lange Zeit hindurch wahrnehmbares Zusammenhängen mit dem Lupuszellennetze nicht ihren Ursprung verrathen würde (Fig. 5) [1]).

---

[1]) Es sind das die Zellen, die Schüppel „Tuberkelzellen“ nennt und von den „Riesenzellen“ abstammen lässt. Trotzdem aber äussert er sich in seinen Untersuchungen über Lymphdrüsentuberculose etc. p. 95, folgendermassen: „Was die Abstammung der Tuberkelzellen (nämlich seiner epithelartigen Zellen) anbetrifft, so scheint mir ....., dass die Lymphzellen der Drüsenfollikel, indem sie sich vergrössern, selbst in Tuberkelzellen umgewandelt werden. Damit stimmt auch der continuirliche Zusammenhang des Tuberkelreticulums mit dem Reticulum des Follikels .... überein.“

Dieser Zusammenhang ist aber oft bei noch weiter vorgeschrittenen Veränderungen der Zellen deutlich vorhanden. — Man bemerkt nämlich, dass das Bild des Lupuszellenherdes mit zunehmendem Alter eine weitere Veränderung erfährt. Es tauchen verschieden gestaltete Gebilde auf, welche eine Grösse bis zu 80 μ und darüber erlangen können, die bräunlich bis blass aussehen, gleichmässig opak oder mit Granulis erfüllt erscheinen und die oft sehr viele, zumeist geblähte Kerne enthalten, welche, im Vergleiche zur opaken Masse selbst, Färbemittel etwas begieriger aufnehmen. Solche vielkernige Massen kommen innerhalb der Lupuszellenherde entweder einzeln, oder zu mehreren vor; im letzteren Falle ist der central gelegene vielkernige Klumpen gewöhnlich auch der umfangreichste des Herdes; an den meisten aber ist der Zusammenhang mit dem Lupuszellengeflechte deutlich ersichtlich (Fig. 6).

In noch weiter vorgeschrittenen Stadien enthält der Lupusherd kleine, offenbar aus Zellfragmenten bestehende Partikelchen, die in Form .eines Detritus hauptsächlich die Mitte des Herdes occupiren (Fig. 7) [1]).

Bis ein Lupusherd diese Stadien passirt, vergeht ein grösserer Zeitraum. Inzwischen entwickeln sich neue Lupusherde, deren Zellen dieselben Phasen durchlaufen; es stossen

[1]) In Betreff dieser Vorgänge scheint es mir nun am natürlichsten, folgender Auffassung Raum zu geben:

Die Elemente des Lupusherdes unterliegen einer ungleichmässigen Ernährung, und zwar dürfte ihr Stoffwechsel sich um so ungünstiger gestalten, je näher sie dem Centrum des Herdes sind. Es scheint mir sohin schon die oben dargelegte Beobachtung von dem gegen die Mitte des Herdes immer zunehmenden Aufquellen der Zellen für eine trophische Störung zu sprechen; ich glaube aber auch ferner, dass bei fortgesetzter Ernährungsstörung je zwei, drei oder mehrere der gequollenen Elementargebilde an einander rücken, dass die ursprünglichen Zellencontouren hiebei mit der Zeit verloren gehen, während die Kerne noch sehr lange ihre Widerstandsfähigkeit beibehalten — und dass hieraus allmälig vielkernige, blasse oder opake, körnige Massen resultiren. — Höchst wahrscheinlich zerfallen schliesslich die vielkernigen Massen in kleine Partikelchen — zu einem Detritus.



schliesslich mehrere Herde aneinander und formiren einen makroskopischen Knoten, den das Mikroskop in der Regel noch in seine Einzelherde aufzulösen im Stande ist. In noch weiter vorgeschrittenen Stadien büssen die Lupuszellenherde auch ihre sie charakterisirenden Umrandungen ein; mehrere Lupuszellenherde fliessen hierauf in einander und es tritt dann jener oben berührte Zustand ein, in dem es nicht immer möglich wird, sie von Degenerationsherden der infiltrirten Form zu unterscheiden.

Weitere Einzelheiten eines solchen aus Herden aufgebauten makroskopischen Knotens erheischen noch auf folgendes aufmerksam zu machen: Man nimmt nämlich wahr, dass die Gefässwandelemente nicht allein zu einem Lupuszellennetz, sondern auch in anderer Weise auswachsen. — Im textus cellulosus subcutaneus, wo wenig lockeres Bindegewebe auf einen grossen Raum vertheilt ist, kann man mit besonderer Deutlichkeit verfolgen, wie sich von dem protoplasmatischen Rohre der Capillaren oder von den Adventitialelementen grösserer Gefässe auswachsende Zellen einzeln oder gruppenweise zwischen die die Gewebslücken umspinnenden Bindegewebsfasern vorschieben und, indem die parallel neben einander herlaufenden jungen Zellen einen sehr feinen, aber doch deutlich genug erkennbaren Raum zwischen sich frei lassen, während neuerdings sich abzweigende und mit einander sich vereinigende doppelte Zellenreihen dasselbe Verhalten beobachten, zu einem System eines sehr feinen Röhrennetzes führen, in dessen Lumen man zwar kein freies geformtes Element antrifft, das aber offenbar nur die Bestimmung eines Circulationsapparates haben kann. Ich habe das subcutane Zellgewebe als den Ort, wo man dieser Verhältnisse am bequemsten ansichtig wird, angeführt; man wird aber überall, wo die Gefässwandelemente in Prolification begriffen sind, solche Vorgänge sehen können; ja es kann in der Gefässwand selbst (Fig. 8) zur Anlage eines solchen Röhrennetzes kommen.

Dieses neugebildete Röhrensystem nun stellt sich zum Lupusherd in ein solches Verhältniss, dass man es nie im Innern, wohl aber am Rande des Herdes zu sehen pflegt; und das zarte Gefässnetz, das die einen Knoten constituirenden



Einzelherde umspinnt, mag zum grossen Theile aus jenem ins Gefässsystem eingeschalteten Röhrennetze hervorgegangen sein.

Fassen wir nun einen makroskopischen Knoten, der aus einer ganzen Anzahl mikroskopisch kleiner Herde aufgebaut ist, ins Auge, so finden wir, dass diese Herde, je näher man gegen ihr Centrum vordringt, um so deutlicher die Spuren regressiver Metamorphosen und des Zerfalls an sich tragen, und dass man nur zwischen den einzelnen Lupusherden sehr zarte Gefässe erblickt, während im Innern der Herde von Gefässen keine Spur zu finden ist (Fig. 7). Es drängt sich nun mit aller Macht die Frage auf: Wo sind die oft ziemlich starken Gefässe, in deren nächster Nähe der Lupuszellenherd seinen Ausgangspunkt genommen, die Gefässe, die man so häufig die Achse des jungen Lupusherdes bilden sah, hingerathen?

Wir haben schon oben gesehen, dass die Wandelemente in einem Prolificationszustande sich befinden, und zwar nicht nur die des Capillarrohres, sondern auch die grösserer Gefässe. Es ist nun wahrscheinlich, dass die Gefässe, gleichviel ob sie von zwei Lupusherden eingeschlossen sind oder mitten in einem Lupusherde sich befinden, von dem in Fortpflanzungszunahme begriffenen Lupuszellennetze allmälig erdrückt und stückweise aus dem Kreislaufe ausgeschieden werden [1]). Die Elemente eines solchen Gefässstückes verfallen sodann denselben Ernährungsstörungen, wie die den Lupuszellenherd constituirenden Elemente selbst: sie quellen auf, verschmelzen zu einer opaken Masse, in welcher die Zellkerne des Gefässrohres noch lange in ihrer ursprünglichen Anordnung kenntlich bleiben (Fig. 9). Diese Umwandlung wird um so eher zu erwarten sein, als man vermuthen kann, dass die von Lupuszellen umgebenen Gefässe mit der Zeit in ähnlicher Weise degeneriren, als manche fern vom Lupus befindlichen Gefässe. An Gefässen letzter Art sieht man nämlich jene bemerkenswerthen Veränderungen Platz greifen, die nach O. Weber

[1]) Eine ähnliche Auffassung über das Unzugänglichwerden der Gefässe findet man auch bei Rindfleisch. (Die chron. Lungentuberculose etc. Deutsches Arch. f. klin. Med. 1874, Bd. XIII, p. 49 und 50).



der glasigen Verquellung zukommen. Es quellen hiebei da und dort die die Gefässe constituirenden Bestandtheile auf, sie werden glänzend, starr und brüchig. Ein solches Gefäss macht dann den Eindruck eines spröden Rohres, dessen Intima zu Splittern aufgerissen erscheint, dessen zellige Elemente glasig aufgebläht sind und dessen Bindegewebe ein steifes oder gleichartig opakes Ansehen annimmt (Fig. 10).

Ausserdem findet man auch im Lupus gleichmässig aussehende colloide Schollen ohne jegliche Structur.

Alle bisher genannten retrograden Veränderungen sind am schönsten im Herdlupus zu verfolgen. Wohl beobachtet man auch beim infiltrirten Lupus, dass dessen Elemente aufquellen und dann zu einem Detritus zerfallen, oder aber früher noch, dass vielkernige Klumpen auftreten und dass es schliesslich zu Degenerationsherden kommt; es kann aber auch geschehen, dass diese Veränderungen nur kleine Partien des infiltrirten Lupus befallen, so dass das gleichmässige Aussehen der Infiltration hiedurch nur sehr wenig gestört wird.

Während die meisten Gefässwandelemente (an den Muskelzellen sind mir nur degenerative Vorgänge in die Augen gefallen) sich in der beschriebenen Weise zu Lupus transformiren, bleibt der Vorgang für die in der Haut eingesenkten aus Epithelien aufgebauten Organe, in deren Nähe es zu Lupus kommt, nicht ohne Einfluss; und zwar macht sich dieser Einfluss in Ernährungsalienationen, sowohl progressiver als regressiver Art, geltend.

Am schönsten und deutlichsten ist dies an den Schweissdrüsen zu constatiren. Untersucht man in Lupus gebettete Schweissdrüsen, so überzeugt man sich zunächst, dass auch hier die den Knäuel umspinnenden Gefässe den Ausgangspunkt für das Lupuszellennetz abgeben; man sieht aber auch, dass die in der Nähe des Lupus situirten Schweissdrüsenschlauchstücke in der mannigfachsten Weise auswachsen.

Man beobachtet nämlich sowohl an Knäuelstücken, als auch an den die Cutis durchziehenden Ausführungsgängen Epithelprolificationen sich zu Buckeln und Zapfen vorstülpen (Fig. 11), die in ihrem weitern Wachsthume verschieden



gewundene, solide, aus kleinen Zellen zusammengefügte Stränge abgeben; oder es wachsen von einem Schlauchstücke zwei oder mehrere fingerförmige, gegen die Oberhaut gerichtete, Fortsätze aus (Fig. 12), welche anfangs ebenfalls solid sind, später aber gleich den einfachen Strängen auf kürzere oder längere Distanzen ein Lumen bekommen. Sehr viele von den gegen die Epidermis strebenden neugebildeten Ausführungsgängen erreichen die Oberfläche nicht, sondern hören innerhalb der Cutis mit einer kolbigen Anschwellung auf. Dieses kolbige Ende erscheint in den meisten Fällen im Centrum von einem Lupusherde (Fig. 13 und Fig. 14).

Die neugebildeten Schweissdrüsenstücke sind somit gerade so häufig wie ihre Matrix von Lupus umringt. In ähnlicher Weise nun, wie bei fortschreitender Verdichtung des Lupuszellenherdes die in seinem Centrum befindlichen zelligen Elemente zu vielkernigen Klumpen werden und schliesslich degeneriren, und nach demselben Vorgange, nach welchem auch Gefässstücke sich metamorphosiren, verändern sich die von Lupuswucherung gegen einander gepressten Schlauchabschnitte, indem ihre Epithelien zu vielkernigen Massen werden. Fundort, Form und Grösse der kernreichen opaken Massen, sowie auch die Anreihung der Kerne lassen über die hier ausgesprochene Entstehungsart keinen Zweifel aufkommen (Fig. 14, Fig. 15a).

Auch die Talgdrüsen befinden sich in einem Zustande von Ernährungsalienationen, welche sowohl auf Neubildung als auf regressive Metamorphose schliessen lassen.

Talgdrüsenneubildung stellt sich in mehrfacher Weise dar: das eine Mal wachsen bereits bestehende Talgdrüsen in Form von verschiedenen finger- und birnförmigen Fortsätzen aus, das andere Mal sind es Fortsätze des Stratum Malpighi, welche gerade so wie in der embryonalen Periode gegen die Cutis vordringen und Ansätze zu frei mündenden Talgdrüsen oder zu solchen, die in Haarbalganlagen auslaufen, bilden.

Ist es nun in der Talgdrüsenregion zu einer Ueberwucherung sowohl des Lupus als auch der epithelialen Bildungen gekommen, so greifen schliesslich dieselben regressiven Vorgänge, wie sie schon zum Oeftern erwähnt wurden, Platz;



wenigstens scheint hiefür das Antreffen von vielkernigen Massen, die in ihrer Gesammtheit die Configuration der Talgdrüsen nachahmen, zu sprechen (Fig. 16). An den Talgdrüsen und an den in einen Haarbalg mündenden Ausführungsgängen kommen aber noch viel häufiger die regressiven Vorgänge in anderer Form zur Beobachtung.

Die meisten Autoren, die sich mit der Untersuchung des Lupus abgaben, erwähnen durch Talganhäufung bedingte Follikelausdehnungen, ohne dass man der Mittheilung eine lehrreiche Seite abgewinnen könnte. Schnittpräparate fördern an solchen Bälgen folgende interessante Details zu Tage: Zunächst findet man als Inhalt neben Talgkrümmeln auch sehr dünne, concentrisch geschichtete, verhornte Lamellen; die im Centrum angesammelten Talgkrümmel fallen als lose Füllung gewöhnlich heraus, während die vielfach mit einander zusammenhängenden Lamellen im Schnitte erhalten bleiben. Hier nun trifft man nahezu mit constanter Regelmässigkeit vielkernige Massen, welche in ihrem dem Centrum zugekehrten Antheile oft ganz blass erscheinen und von Kernen nichts erkennen lassen und die stellenweise mit den verhornten Lamellen selbst noch zusammenhängen. Je nachdem man nun den Balg in seinem grössten Umfange, in der Nähe des Pols oder an seinem Pole selbst in den Schnitt hinein bekommt, repräsentiren sich Bilder wie in Fig. 17, 18 oder 19. Combinirt man eine Suite von solchen Schnitten zu einem Körper, so gewinnt man einen Balg, der in seiner äusseren Schichte von einer nahezu durchaus zusammenhängenden vielkernigen, gegen die Peripherie hin radiäre Zerklüftungen darbietenden Masse umschlossen wird[1]). Soll etwa auch diese als Riesenzelle angesehen werden?

An den bisher in Betracht gezogenen epithelialen Gebilden haben wir wahrgenommen, dass dieselben nur durch eine in ihrer Nähe stattfindende Lupuszellenwucherung zur Proliferirung

---

[1]) Namentlich die Figuren 17 und 19 beleuchten diess in einer sehr grellen Weise; an ihnen sind die vielkernigen Massen da getroffen, wo sie unter einander zusammenhängen, während die Fig. 18 einem Schnitte entspricht, in den zumeist Stücke radiärer Zerklüftungen hineinfielen.



angeregt werden. An den den Mucus Malpighi ausmachenden Epithelien können wir die gleiche Beobachtung machen. Die grösstentheils durch endogene Wucherung neugebildeten Zellen verdicken entweder einfach das Epidermidalstratum, oder sie liefern das Materiale für die in die Cutis einwachsenden jungen Haarbalg- und Talgdrüsenansätze, oder sie wachsen als Anlagen zu Ausführungsgängen in Form von zierlichen, dünnen und noch soliden Strängen den neugebildeten Schweissdrüsenknäueln entgegen. In letzterem Falle sieht man, wenn viele solche Ansätze zu Ausführungsgängen auf einen kleinen Raum zusammengedrängt sind, dieselben sich nicht nur vielfältig kreuzen, sondern auch durch mannigfaches Gegeneinanderwachsen Netze bilden (Fig. 14).

Hat der Lupus den Papillarkörper in grösserer Ausdehnung ergriffen und dabei sich auf einer weiteren Strecke dem Zellenlager des Stratum Malpighi genähert, so werden von Seite der Cutis stellenweise Auswachsungen stattfinden, welche mit den von den Epithelien in sie hinein erfolgten Wucherungen zusammengehalten, bald zu breiten, plumpen, bald zu kleinen niedern, oder langen schmächtigen zellenreichen Papillen führen, die hier nahe aneinander gerückt sind, dort weiter von einander abstehen und demzufolge einen symmetrischen Abdruck, gleichsam ein Negativ am Stratum Malpighi bedingen.

Ausserdem sieht man aber auch an vielen Präparaten, wie die im Corium liegenden Zellen Fortsätze treiben, welche sich zwischen die Epithelien vorschieben und Netze bildend, stellenweise die ganze Dicke der Oberhaut durchsetzen (Fig. 20).

Dieses letztere Verhältniss erklärt so manche an der Oberhaut wahrgenommene abnorme Erscheinung.

Es ist zweifellos, dass ein in die ganze Dicke der Oberhaut gleichsam eingewirktes Bindegewebszellennetz häufig genug die im Leben beobachtete Lockerung und Succulenz bedingen muss. Das oft bis in die Hornschichte hineinreichende Bindegewebszellennetz wird aber auch diejenigen Zellen, welche sonst der Verhornung und Abstossung entgegengeführt zu werden pflegen, lange Zeit saftig erhalten und durch Aneinanderkitten eine abnorme Anhäufung derselben verursachen. Man sieht auch demgemäss das verhornte Stratum



eine excessive Dicke erlangen und findet, dass es nicht allein aus Epidermisschüppchen, sondern auch aus aufgequollenen Epithelien, aus freigewordenen Lupuszellen und ihrem Detritus (Fig. 20a) zusammengesetzt ist und dass es an demselben, in Uebereinstimmung hiemit, bald zu grösseren zusammenhängenden Schuppenmassen, bald aber auch, je nach dem Zusatze von Lupusderivaten, zu Krustenbildung führt. — In anderen Fällen wieder, namentlich wenn die Lupuszellen in der obersten Schichte der Cutis sich rasch vermehren und das Epithelzellenlager vorwölben, erscheint letzteres verdünnt, ja der Dehiscenz nahe und oft genug auch wirklich dehiscirt. — So viele Präparate ich aber auch durchmusterte, so oft ich auch Proliferationsvorgänge an den Epithelien, durch Lupus angeregt, beobachtete: nie konnte ich wahrnehmen, dass Epithelien sich zu Lupus transformirt hätten, oder dass überhaupt eine Zellenart in die andere übergegangen wäre; selbst da, wo die zwei Zellenarten gegen einander gewachsen waren, hat jede ihre Individualität mit voller Prägnanz zur Schau getragen. Sehr instructiv ist in dieser Beziehung das in Fig. 21 gelieferte Bild. Man sieht, wie das aus dem Papillarkörper in das Stratum hineinsprossende Lupuszellennetz durchaus seinen von den Epithelien es strenge sondernden Charakter beibehält; man constatirt aber auch die sehr interessante Thatsache, dass die Epithelien hiebei auseinanderweichen und ein förmliches Canalsystem für die Eindringlinge schaffen.

Die in Degeneration begriffenen vielkernigen Klumpen werden an den Zellen der Oberhaut nur selten beobachtet; Schichtungen zu Epithelzwiebeln sind etwas häufiger.

In Bezug auf die Haare in lupöser Haut habe ich den Darstellungen anderer Autoren nichts hinzuzufügen.

Wir haben bis nun zu wiederholten Malen von Gebilden gesprochen, welche sich dadurch auszeichnen, dass sie in ihrem Körper homogen oder granulirt sind, dass sie in den meisten Fällen kein Färbemittel aufnehmen und dann blass, opak oder gelbbraun erscheinen und dass sie von gequollenen Kernen erfüllt sind, welche sich wohl tingiren, aber in den meisten Fällen doch noch blässer erscheinen, als die Kerne



benachbarter, nicht gequollener Einzelzellen. Einzelnes, was die Form dieser Körper, ihre Grösse, die Anzahl und Stellung ihrer Kerne betrifft, haben wir im Verlaufe dieser Abhandlung erwähnen müssen; Ausführliches über diese Verhältnisse bietet Langhans. Ausdrücklich hervorheben möchte ich jedoch, dass man in denselben hie und da Vacuolen (Fig. 22) und anderweitige Defecte (Fig. 23), oder andere auf Verschiedenheit des Inhaltes schliessen lassende undeutlich hervortretende Contouren (Fig. 9a, 24a und 25a) oder, was sehr selten zutrifft, deutlich begränzte Zellenhäufchen (Fig. 26a) und endlich auch noch Hassal'sche Körperchen (Rokitansky) antrifft. — Die Relation dieser letzteren zu den vielkernigen Klumpen wünsche ich etwas näher ins Auge zu fassen.

Die geschichteten Körperchen erscheinen im Lupus gerade so, wie auch anderwärts, entweder als Kugeln, oder sie sind bisquit-, trefle-, maulbeerförmig, je nachdem geschichtete Kugeln einzeln vorliegen, oder zwei, drei oder mehrere derselben durch gemeinsame Schichtungen umhüllt sind; in seltenen Fällen sind sie stäbchenförmig. Die Grösse ihres Durchmessers variirt zwischen 11·55 μ und 49·5 μ und kann letztere auch noch übersteigen. In den meisten Fällen nehmen sie Tinktionsmittel nicht auf und erscheinen braun, braungelb, bouteillengrün oder blass; Haematoxylin verleiht ihnen nicht selten eine violette Farbe. Frisch sie zu sehen, bin ich nicht in die Lage gekommen, die in den Conservirungsflüssigkeiten gelegenen gingen auf Zusatz von Jod und Schwefelsäure keine Veränderungen ein; Kohlensäure konnte auf mikro-chemischem Wege in ihnen nicht nachgewiesen werden.

Diese geschichteten Körper fanden sich, wenn das Präparat einem Lupus, der sich im Blüthestadium befand, entnommen war, immer nur da, wo auch Lupus anzutreffen war; im infiltrirten Lupus waren sie gegenüber dem Herdlupus nur selten zu sehen; Lupusstellen, die dem Endstadium näher waren, wiesen den geschichteten Körper häufiger auf; der geschichtete Körper trat am öftesten in einem detritushältigen Lupusherdcentrum (Fig. 7a), oder in Combination mit vielkernigen Klumpen auf.



In letzterem Falle lag das Corpusculum amylaceum bald ganz innerhalb der Masse (Fig. 24, 26 und 27), bald ragte es zum Theile aus ihr heraus (Fig. 28); oder es fanden sich zwei- und mehrköpfige geschichtete Körper, welche auf jedem oder den meisten ihrer Köpfe vielkernige Massen trugen, ohne dass letztere mit einander im Zusammenhange standen (Fig. 7a und 29).

Dieser letztere Umstand, sowie auch die Thatsache, dass man hie und da ein Corpusculum amylaceum fand, an welches verschmolzene Zellenmassen sich eben erst in Form einer Kugelschale angelagert zu haben schienen (Fig. 30), gaben mir die Vorstellung ein, dass die geschichteten Körper zuerst da waren, und dass an dieselben die in ihrer Nähe liegenden regressiv metamorphosirten Zellen sich in Form von vielkernigen, schaligen Massen erst nachträglich angelegt haben mussten.

Wir haben gesehen, dass der lupöse Process nicht nur in Neubildung von Bindegewebszellen beruht, sondern dass während desselben auch Schweiss- und Talgdrüsenneubildung neben Ansätzen zu Haaren zur Beobachtung gelangen. In Anbetracht der hauptsächlichsten regressiven Erscheinungen haben wir erfahren, dass die Gefässe nicht selten im Zustande der glasigen Verquellung erscheinen, dass diese oder eine ähnliche Verquellung auch viele der in einem Lupuszellenherde befindlichen Elemente ergreift, dass im Centrum des Lupusherdes nicht nur Detritusmassen, sondern auch Degenerationsproducte in Gestalt von geschichteten Körpern vorkommen und haben wahrscheinlich zu machen gesucht, dass die im Innern des Lupusherdes sehr häufig anzutreffenden, vielkernigen, hie und da mit jenen geschichteten Körpern sich combinirenden Klumpen auch als das Resultat einer retrograden Metamorphose, denen Zellencomplexe anheimfielen, zu betrachten seien [1]). — Wie gestaltet sich nun der fernere Verlauf der

[1]) Diese Auffassung brachte ich schon in einem im naturwissenschaftlich-medicinischen Verein zu Innsbruck am 1. Juli 1874 gehaltenen Vortrage zur Geltung.



während des Lupusprocesses gesetzten Neubildung und was ist das Schicksal der Regressivproducte?

Da wir die aus einander sich entwickelnden Processe nicht direct verfolgen können, so bleibt uns nichts anderes übrig, als aus Befunden von Hautstücken, die verschiedenen Lupusstadien entnommen sind, die Thatsachen so aneinander zu reihen, wie sie sich in ungezwungener Weise am besten zu einer geschlossenen Kette ergänzen.

Ueber den Verlauf der Anfangsstadien haben die vorausgeschickten Zeilen schon das Meiste gelehrt; für die Betrachtung der Endstadien erwiess sich mir als sehr instructiv ein bereits narbig verändertes, der Nase entnommenes Hautstück von einer 15jährigen Kranken, welche nach zweijähriger Spitalsbehandlung von ihrem, die ganze Gesichtshaut einnehmenden Lupus tuberculosus nahezu geheilt war; nur in sehr langen Intervallen schoss noch da und dort ein kleines Knötchen auf und so auch an der narbigen Haut der übrigens ganz verunstalteten Nase. Professor Heine excidirte das Hautstück und führte die Rhinoplastik mit einiger Beruhigung aus, da nach Volkmann's Verheissung durch die Stichelung jeder neu auftauchende Lupusknoten schon im Keime erstickt werden kann. — Die Untersuchung dieses Hautstückes bot nun Folgendes dar:

Die Cutis war aus einem sehr dicht gefügten Bindegewebsgeflechte aufgebaut, das da und dort mitten im Bindegewebe eingebettete Corpuscula amylacea enthielt; ebenso frei im Bindegewebe liegende vielkernige Klumpen habe ich nur ein einziges Mal gesehen. Die in der Cutis hinziehenden Gefässe sind nur spärlich vorhanden und an vereinzelten Stellen von Lupuszellengeflechten umstrickt, welche hie und da zu Lupusherden und Lupusknötchen zusammentreten; ein und der andere Lupusherd stosst auch an ein geschichtetes Körperchen. Innerhalb der Lupusherde dieses Hautstückes waren Detritusmassen nur selten anzutreffen, wohl aber die vielkernigen Klumpen in ziemlicher Häufigkeit. Neben normal aussehenden Schweissdrüsen fand man die Talgdrüsen ganz ausnehmend schön, da in Neubildung begriffen, dort zu Bälgen ausgedehnt, die dann auch den sie umgebenden Kranz von



vielkernigen Klumpen nicht vermissen liessen. — Ein Papillarkörper war so gut wie nicht vorhanden; dem entsprechend lag auch der Cutis eine ebene Epithelschichte, deren tiefstes Zellenlager sehr deutlich pigmentirt war, einfach auf.

Lehnt sich nun der hier mitgetheilte Befund an das oben Dargestellte an, so scheint die Annahme am gerechtfertigtesten, dass die zerfallenen Zellenmassen des Centrums, gleichviel ob sie direct aus den verquollenen Lupuszellen, oder erst aus vielkernigen Klumpen hervorgegangen sind, zur Resorption gelangen und dass der übrige Theil des Lupuszellennetzes zu Bindegewebe verwandelt wird, wie diess auch Kaposi[1]) annimmt; wahrscheinlich werden es diejenigen Zellen sein, welche von regressiven Veränderungen verschont blieben, wobei es nicht undenkbar ist, dass Elementarorganismen, welche erst im Anfangsstadium der Verquellung sich befinden, noch einer Restitution fähig sind; wenigstens sind in der pathologischen Anatomie Analoga hiefür vorhanden. Immerhin aber werden die am Rande eines Lupusherdes befindlichen Zellen am wenigsten von Zerfall ergriffen. — Von den vielkernigen Massen eines Lupusherdes ist mir am wahrscheinlichsten, dass sie, wenn auch vielleicht lange Zeit in ihrem Zustande erhaltbar, schliesslich doch nur zerfallen und gleich andern molecularen Massen zur Resorption gelangen; als Ueberbleibsel eines theilweise resorbirten, theilweise eine Organisation eingegangenen Lupusherdes habe ich sie, wie erwähnt, nur einmal angetroffen. — Die geschichteten Körper scheinen für die Resorption ziemlich ungünstige Verhältnisse darzubieten, und es frägt sich, ob sie überhaupt je zur Resorption gelangen; soviel ist sicher, dass sie sehr lange Zeit in den Geweben liegen bleiben können, ohne auf ihre Umgebung einen erheblichen Reiz auszuüben. Solche zurückgebliebene Corpuscula amylacea repräsentiren gleichsam die Denkmäler einer längst entschwundenen Lupusgeneration, welche von einem Lupusnachwuchs vorgefunden werden können; hiebei hängt es natürlich ganz vom Zufall ab, ob der geschichtete Körper in oder neben dem jungen Lupusherd zu liegen kommt.

[1]) Hautkrankheiten v. Hebra u. Kaposi, II. Theil, p. 363.



Die vom Lupusgewebe eingeschlossenen Drüsen und Drüsenabschnitte gehen zweifellos auch einem Zerfall entgegen, der je nach der Ausdehnung und dem Grade der regressiven Metamorphose verschieden grosse Partien in verschieden kurzer Zeit ergreift; auch hier werden wir neben Organisationsvorgängen auch Resorptionsvorgänge zu verzeichnen haben. In denjenigen Fällen nun, in welchen Drüsennachwuchs vorhanden ist, nähert sich die Architectur der Haut der einer normalen; wird aber ein solcher Drüsennachwuchs von neuen Lupusausbrüchen zerstört, dann erlangt eine solche Haut um so mehr den Charakter einer Narbe, je mehr ausserdem auch der ursprünglich von Lupuszellen infiltrirte Papillarkörper durch nachträglich eingeleitete Resorption und Bindegewebsneubildung narbig entartete; dass aber ein narbig degenerirter Papillarkörper allein schon der Haut das Ansehen einer Narbe verleihen kann, auch wenn der alte Drüsenapparat durch einen neugebildeten ziemlich complet substituirt worden ist, lehrt unser der Nase entnommenes Hautstück.

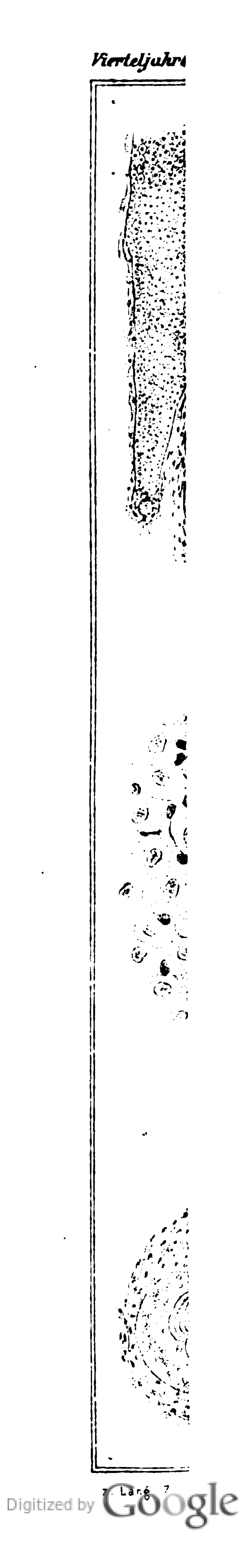
Zum Schlusse legen wir uns noch die Frage vor: Ist der Lupus als eine Bindegewebsneubildung oder als eine Adenomart aufzufassen?

Thatsache ist, dass ich in lupöser Haut Drüsenneubildung beobachtet habe und, was nicht verschwiegen bleiben soll, dass ich Drüsenneubildung in lupösen Hautstücken antraf, welche ganz differenten Stadien entsprachen. Das eine Mal war es die Haut eines die Form des Lupus tumidus darbietenden Fingers von einem Individuum, das schon 9 Jahre in ununterbrochener Spitalsbehandlung stand; im Gesichte, am Halse, an den unteren Extremitäten gelang es, die Krankheit zum Stillstande zu bringen, nur am Ringfinger bot der Lupus jeder gleichzeitig angewendeten Therapie so hartnäckigen Widerstand, dass man sich zur Enucleation desselben entschloss. Das andere Mal war es eine nach Lupus so sehr narbig degenerirte Haut, dass sie wegen Entstellung der in ihrem knöchernen Gerüste intacten Nase eine Rhinoplastik nöthig machte.

Dem gegenüber muss nun aber ganz besonders hervorgehoben werden, dass ich in sehr vielen, ja den meisten Hautstücken, welche einem klinisch gar nicht zu verkennenden Lupus entstammten, mich vergebens nach Drüsenneubildung umgesehen habe und dass ich auch in denjenigen Fällen, wo Drüsenneubildung zugegen war, der Bindegewebs- und Gefässneubildung immer den Vorrang einräumen musste, abgesehen davon, dass die Drüsenneubildung nie in der Menge vorkam wie beim Adenom.

Wir charakterisiren desshalb die unter dem Mikroskope beobachteten Vorgänge am besten in folgender Weise:

Viertelj



Die als Lupus bekannte Hautkrankheit zeichnet sich durch Ernährungsstörungen aus, welche zu einem fortwährenden Entstehen und Vergehen von Bindegewebe, Gefässen und epithelialen Bildungen führen; je nach dem Stadium des Krankheitsprocesses werden bald die progressiven, bald die regressiven Producte, das eine Mal dieser, das andere Mal jener Gewebsart in die Augen springen; stets wird man aber wahrnehmen, dass der (von den Gefässen ausgehenden) Zellenprolification die Hauptrolle zufällt und dass in den letzten Stadien der Krankheit nicht allein Resorption der retograd metamorphosirten (vorhanden gewesenen und neu hinzugetretenen) Bildungen, sondern auch Organisation von Zellenneubildung zu Bindegewebe eingeleitet wird, wodurch eben die lupöse Haut auch ohne vorausgegangene Verschwärung ein narbenartiges Aussehen gewinnt.

Erklärung zu den Abbildungen.

(Sämmtliche im Texte enthaltenen Maasse sind in μ gegeben.)

Tafel I. Fig. 1. Auswachsen eines Capillarrohres zu einem Lupuszellennetz (Vérick S_8 O_2; eingeschob. Tub.).

Fig. 2. Gefässquerschnitt, dessen Adventitialelemente (bei a) zu einem Lupuszellennetz auswachsen (Vérick S_8 O_2; ausgez. Tub.).

Fig. 3. Eine kleine Arterie und ihr perivasculärer Raum zeigen Kernvermehrung (Vérick S_4 O_2; eingeschob. Tub.).

Fig. 4. Lupuszellenherd, dessen Elemente gegen das Centrum hin verquollen erscheinen (Vérick S_4 O_2; eingeschob. Tub.).

Fig. 5. Ein Sector des vorigen Herdes, bei stärkerer Vergrösserung aufgenommen (Vérick S_7 O_2; ausgezog. Tub.).

Fig. 6. Lupuszellenherd mit vielkernigen Massen (von denen nur eine gezeichnet ist), die mit dem Lupuszellengeflecht zusammenhängen (Vérick S_4 O_2; eingeschob. Tub.).

Fig. 7. Eine einem makroskopischen Knoten entnommene Gruppe von Lupusherden, zwischen denen zartwandige Gefässe hinziehen. Die Centren der Herde enthalten Zerfallsproducte; bei b sind mehrere Herde ineinandergeflossen; bei a sieht man einen zweiköpfigen geschichteten Körper mit je einer vielkernigen Masse (Vérick S_2 O_1; eingeschob. Tub.).

Fig. 8. Eine Arterie, in deren Wand die Anlage zu einem Capillarnetze zu sehen ist (Vérick S_2 O_2; eingeschob. Tub.).

Fig. 9. Eine cylindrische vielkernige Masse; bei a undeutlicher Contour (Vérick S_7 O_1; eingeschob. Tub.).

Fig. 10. Glasige Verquellung einer Arterie (Vérick S_7 O_2; eingeschob. Tub.).

Fig. 11. Schweissdrüsenschlauchstücke in Form von Buckeln auswachsend (Vérick S_2 O_2; eingeschob. Tub.).

Fig. 12. Sprossender Schweissdrüsenausführungsgang (Vérick S_2 O_1; eingeschob. Tub.).

Fig. 13. Ein Schweissdrüsenausführungsgang endet mit einer kolbigen Anschwellung mitten in Lupus (Vérick S_2 O_2; eingeschob. Tub.).



Fig. 14. Verzweigte Schweissdrüsenausführungsgänge neuer Bildung. Lupusherde von Lupusinfiltraten umringt; in den Herden sind bald vielkernige Massen, bald kolbig endende Schweissdrüsenausführungsgänge zu sehen. (Vérick S_2 O_1; eingeschob. Tub.).

Fig. 15. Vielkernige Massen an der Stelle eines Schweissdrüsenknäuels (a). (Vérick S_2 O_2; eingeschob. Tub.).

Tafel II. Fig. 16. Neben einem Haar ein Talgdrüsencontour, der vielkernige Massen enthält (Vérick S_2 O_1; eingeschob. Tub.).

Fig. 17. Ein Balg von vielkernigen Massen umringt
Figuren 18 und 19. Derselbe Balg in der Nähe des Pols getroffen.
} (Vérick S_2 O_2; ausgezog. Tub.).

Die Figuren 17 und 19 zeigen die gegen das Centrum hin grösstentheils zusammenhängenden vielkernigen Massen, mit radiären Zerklüftungen versehen; in Fig. 18 sind zumeist nur zerklüftete Partien des Randes sichtbar.

Fig. 20. Die Oberhaut von Lupuszellen durchsetzt. Innerhalb der verdickten Hornschichte sieht man bei a Lupusderivate (Vérick S_2 O_2; eingeschob. Tub.).

Fig. 21. Eine Partie des vorigen Bildes bei starker Vergrösserung zeigt, wie das von der Seite einer Papille in die interpapilläre Einsenkung hineinwachsende Lupuszellennetz die Epithelien auseinanderdrängt (Vérick S_8 O_2; eingeschob. Tub.).

Fig. 22. Vielkerniger Klumpen mit Vacuolen (herausgefallenen Kernen entsprechend?) (Vérick S_7 O_2; eingeschob. Tub.).

Fig. 23. Vielkerniger Klumpen mit einem ihn durchsetzenden Defect (einem ausgefallenen geschichteten Körper entsprechend?) (Vérick S_7 O_2; eingeschob. Tub.).

Fig. 24. Vielkerniger Klumpen mit einem Hassal'schen Körperchen. Bei a matt contourirte Partien (Vérick S_6 O_2; eingeschob. Tub.).

Fig. 25. Vielkerniger Klumpen, der bei a matt contourirte von den Kernen sich deutlich unterscheidende kleine Kreise erkennen lässt (Vérick S_7 O_2; eingeschob. Tub.).

Fig. 26. Eine vielkernige Masse mit einem Hassal'schen Körperchen und einem Zellenhäufchen in seinem Innern (Vérick S_7 O_2; eingeschob. Tub.).

Fig. 27. Eine vielkernige Masse mit einem Hassal'schen Körperchen (Vérick S_4 O_2; eingeschob. Tub.).

Fig. 28. Ein Hassal'sches Körperchen ragt zur Hälfte aus einem vielkernigen Klumpen heraus (Vérick S_6 O_2; eingeschob. Tub.).

Fig. 29. Ein mehrköpfiges Hassal'sches Körperchen, das auf dreien seiner Köpfe je eine vielkernige Masse aufsitzen hat (Vérick S_8 O_2; eingeschob. Tub.).

Fig. 30. Ein Hassal'sches Körperchen, an das eine vielkernige Masse sich anzusetzen beginnt (Vérick S_7 O_2; eingeschob. Tub.).

Fig. 31. Lupusherd mit vielkernigen Klumpen; der in die Zeichnung aufgenommene lässt bei a noch die Contouren der Einzelzellen erkennen (Vérick S_7 O_2; eingeschob. Tub.).

Fig. 32. Vielkerniger Klumpen; A bei tiefer, B bei hoher Einstellung. Bei B erkennt man noch die die Klumpen constituirenden Einzelzellen (Vérick S_7 O_2; eingeschob. Tub.).

Fig. 33. Vielkerniger Klumpen von brüchigen colloiden Fasern umgeben (Vérick S_4 O_2; eingeschob. Tub.).

Die Figuren 8, 11, 12, 13, 14, 20 und 21 sind Präparaten entnommen, welche aus der lupösen Haut eines Fingers verfertigt wurden; alle übrigen Bilder entstammen Präparaten von Lupus der Wange. Sämmtliche Zeichnungen wurden von med. stud. Herrn Untersteiner ausgeführt.



Ueber Molluscum contagiosum und die sogenannten „Molluscumkörper".

Von

Dr. **Cäsar Boeck** aus Christiania.

(Hierzu Tafel V.)

Die von Bateman unter dem Namen Molluscum contagiosum beschriebene, eigenthümliche Hautkrankheit gibt sich bekanntlich gewöhnlich durch kleine, bis erbsengrosse, aber zuweilen auch viel grössere, rundliche Excrescenzen auf der Haut kund, die sich am häufigsten im Gesichte, am Halse und an den Genitalien vorfinden und sich namentlich dadurch charakterisiren, dass man gewöhnlich in der Mitte der Excrescenz eine kleine dellenartige Depression wahrnimmt, in deren Tiefe eine mit dem Inneren der kleinen Geschwulst communicirende Oeffnung sich befindet. Häufig findet man jedoch sowohl diese Oeffnung wie auch die Depression von einer kleinen Kruste eingetrockneten Secretes oder von einem mehr oder weniger talgartig aussehenden, weissen Pfropf ausgefüllt und verdeckt. Entfernt man aber diese Producte, so lässt sich gewöhnlich bei seitlich ausgeübtem Zusammendrücken ein bald mehr weiches, schmieriges, bald mehr hartes, stearinartiges Secret aus der Mündung herauspressen. Ziemlich charakteristisch bezüglich der äusseren Form ist auch in manchen Fällen eine mehr oder weniger ausgesprochene Einschnürung an der Basis der Excrescenzen, so dass sie das Aussehen sessiler oder fast stielartig aufsitzender Geschwülste annehmen können.

Eine genauere Beschreibung der Krankheit in Bezug auf Form, Farbe, Consistenz u. s. w. wäre in dieser kleinen Arbeit kaum am rechten Platze, da dieses Hautübel gewiss als eine allen



Dermatologen wohl bekannte Erscheinung angesehen werden muss, und da kaum Jemand im Zweifel sein wird, um welche Krankheit es im Folgenden sich handelt.

Die vorliegende Krankheit ist aber auch schon öfter Gegenstand mikroskopischer Untersuchung von Seite der Dermatologen gewesen, und man hat auch sehr bald sowohl die lobirte, drüsenähnliche Structur der Warzen, wie auch die sich darin befindenden eigenthümlichen Zellenbildungen bemerkt; aber wahrscheinlich zum grossen Theil wegen dieser drüsenähnlichen Structur hat man die ganze Krankheit bis zu der letzten Zeit gewöhnlich als eine Erkrankung der Talgdrüsen aufgefasst, und die Molluscumzellen scheinen sehr oft mit Fett und Fettzellen verwechselt worden zu sein.

In der neueren Zeit haben namentlich Virchow (Virchows Archiv, 33. Bd., pag. 144) im Jahre 1865 und Dr. Gustav Retzius in Stockholm im Jahre 1870[1]) die histologischen Verhältnisse dieser Geschwulstbildung einer näheren Untersuchung unterworfen und sind auch zu von den gewöhnlichen Ansichten abweichenden Resultaten gekommen; es ist darum nothwendig hier etwas von den Ansichten dieser Autoren zu citiren.

Bezüglich des anatomischen Ausgangspunktes der Krankheit sagt Virchow: „Ich habe mich jedoch nicht überzeugen können, dass es die Schmeer- oder Talgdrüsen sind, von denen das Leiden ausgeht. Vielmehr halte ich die Haarfollikel für den Ausgangspunkt, mögen auch die Haare an der betreffenden Stelle wenig entwickelt sein". — Ueber diese Meinung Virchows, dass der Haarfollikel der eigentliche Ausgangspunkt der Krankheit ist, äussert Retzius Folgendes: „Dass aber das Haar oder der Haarbalg irgend das Geringste mit der Entwicklung der Warze zu thun haben, kann ich bei allen meinen Beobachtungen nicht glauben", und diesen Ausspruch begründet er näher unter Anderem damit, dass er niemals ein Haar in dem Warzeninhalt selbst eingelagert fand, während dagegen ein solches wohl in der äusseren Wand der Warze vorkam. Auch in keiner der von mir untersuchten Warzen kam ein Haar in dem Warzen-

[1]) Nord. med. Ark., Bd. II, 1870, H. 2 und Deutsche Klinik 1871, Nr. 50 und 1872, Nr. 1—8.



inhalt selbst vor. — Retzius nimmt an, dass die Oberhaut selbst der Sitz der Krankheit ist und sagt: „Bei genauerer Untersuchung überzeugt man sich leicht, dass man es ausschliesslich mit der Oberhaut zu thun hat; man erkennt leicht an verticalen Durchschnitten der Molluscumwarzen, dass das Rete Malpighi der um der Warze befindlichen normalen Hautpartie gleichsam in sich selbst eingestülpt ist, um einen Sack zu bilden, in welchem der Inhalt der Warze liegt und welcher durch die oben erwähnte Oeffnung auf die Hautoberfläche selbst mündet".

Ohne mich in den Streit über diese Frage mengen zu wollen, da meine Untersuchungen in dieser Beziehung nicht umfangreich genug sind, finde ich doch die gewöhnliche Auffassung, dass die Schmeerdrüsen den Ausgangspunkt bilden, deshalb weniger plausibel, weil ich keine Spur von Fett in den untersuchten Warzen gefunden habe. Man sollte doch glauben, dass, wenn das Ganze eine, wenn auch erkrankte, Schmeerdrüse wäre, sich etwas Fett in den stark wuchernden Reteschichten nachweisen lassen müsste. Aber auch Virchow sagt ausdrücklich: „Von wahrem Fett konnte ich gar nichts wahrnehmen".

Ich glaube, dass man auch beim Betrachten der hier folgenden Zeichnungen es am wahrscheinlichsten finden wird, dass die Ansicht von Retzius die richtige ist, obschon ich nicht ein gutes Uebersichtspräparat wie das von Retzius in „Nordiskt Arkiv" abgebildete besitze.

Was die unten zu beschreibenden sogenannten „Molluscumkörper" selbst betrifft, hält Virchow, der sie wahrscheinlich wegen ihres fettigen Glanzes „fettartige Körper" nennt, sie für „eine besondere Art der Degeneration epidermoidaler Elemente". Es ist ihm jedoch nicht gelungen, den genetischen Zusammenhang zwischen den Epidermiszellen und den „Molluscumkörpern" zu beobachten und es wird angedeutet, dass sie vielleicht aus einem endogenen Processe hervorgehen und dass sie bei dem nachträglichen Platzen und Bersten der Mutterzellen frei werden. Virchow fügt noch hinzu, „dass ganz analoge Bildungen in anderen Epidermoidalgebilden vorkommen, wo über ihre endogene Entstehung kaum ein Zweifel bleiben kann".

Retzius hat die „Molluscumkörper" sehr vielfachen Untersuchungen unterworfen, und es muss daher um so mehr



befremdend erscheinen, dass er zu folgendem Resultate gekommen ist. Er sagt nämlich: „Sie haben mit dem Retegewebe selbst nicht das geringste zu schaffen, sondern sind selbstständige Bildungen“ [1]). „Sie haben ferner mit Gewissheit absolut nichts mit Cancroiden u. dergl. gemein und sind weder epidermoidale Bildungen im eigentlichen Sinne, noch frei gewordene und vergrösserte Epidermiszellenkerne u. s. w.“. Er meint auch, dass nur die Grösse dieser Körper (der Längsdiameter wird von ihm durchschnittlich zu 0·035 bis 0·040 Mm. angegeben) hindert, an die Möglichkeit zu denken, dass sie Pilzsporen sein könnten.

Von meinen eigenen Untersuchungen, die ich hier in Wien in dem Laboratorium von Prof. Stricker vorgenommen habe, will ich nur die Punkte näher besprechen, in welchen ich zu anderen Resultaten gekommen bin als Virchow und Retzius, und das Uebrige nur insofern erwähnen, als es der Verständlichkeit halber nöthig scheint.

Beim Durchschnitt durch eine Molluscumwarze findet man in ihrem Innern eine mit einem mehr oder weniger schmierigen oder häufiger harten weisslichen Producte ausgefüllte Cavität, und diese Cavität ist an ihrem Boden und den Seitenwänden durch hervorspringende Scheidewände in viele kleinere Acini, wie bei einer Drüse, getheilt. Diese Acini münden also alle in die gemeinschaftliche Höhle hinein; sie sind doch gewöhnlich nicht tief, da die Scheidewände zwischen den Acini nicht hoch in die Cavität hineinragen. — Wenn man die äussere Wand der ganzen Warze durchschneidet, so blutet sie, und die Wand besteht somit aus einer gefässführenden Bindegewebsschicht, die nach unten mit dem Corium in Zusammenhang steht, nach aussen also von Epidermis bedeckt und nach innen von dem erkrankten und eingestülpten Rete mucosum begrenzt ist. Auch die Scheidewände zwischen den Acini stehen natürlich mit dem Corium in Verbindung; Retzius hat auch in ihnen Gefässe gesehen.

[1]) Für diese Ansicht, dass die Molluscumzellen dem Organismus fremde Bildungen sind, hat sich auch Klebs in seiner „Pathologischen Anatomie“, 1868, 1. Lieferung, pag. 33, ausgesprochen.



Unterwirft man etwas von dem ausgepressten Warzeninhalt einer mikroskopischen Untersuchung, so findet man es, wie schon öfters beschrieben ist, aus zweierlei Formelementen bestehend. Erstens sieht man eine Menge von den am meisten in die Augen springenden sogenannten „Molluscumkörpern", die schon früher von den verschiedenen Forschern bemerkt wurden, aber namentlich von Virchow und Retzius genauer beschrieben sind.

Sie stellen meistens mehr oder weniger rundlich oval geformte, sehr scharf contourirte, durchsichtige Körper dar, in denen keine Kerne wahrnehmbar sind, und die sich, namentlich so lange sie mit den auch vorhandenen, unten erwähnten Epidermiszellen zusammengeballt liegen, durch einen eigenthümlichen, fettigen Glanz auszeichnen. Obgleich sie zuweilen doppelt contourirt erschienen, konnte doch keine deutliche, äussere Membran mit Sicherheit nachgewiesen werden. Sie bieten ausserdem in der Regel an der Oberfläche ein runzliges oder gekräuseltes Aussehen dar.

Wenn sich ein vereinzeltes „Körperchen" unter dem Mikroskope um seine Axe dreht, sieht man erst recht, wie schön durchsichtig es ist, und es zeigt sich dann auch, dass der Querdiameter dieser Körper in allen Richtungen sich ungefähr gleich bleibt, nämlich ungefähr die Hälfte oder zwei Drittel des langen Diameters.

Zweitens sieht man eigenthümlich gestaltete Epidermiszellen, die sich ausserdem, dass sie sehr oft kernlos sind, namentlich durch mehr seichte oder tiefere Eindrücke mit scharf gezeichneten, regelmässigen Grenzlinien auszeichnen, welche Eindrücke deutlich genug von den aus denselben ausgefallenen „Molluscumkörpern" herrühren. Häufig sieht man auch in den zerzupften Präparaten die „Molluscumkörper" noch in den Epidermiszellen eingestülpt stecken oder in der einen oder anderen Weise an dieselben angeklebt. Ja es kann sich auch der Anschein darbieten, als wäre ein Molluscumkörper in einer Epidermiszelle vollständig eingelagert, was doch in Folge der Entstehungsweise dieser Körper schwer möglich ist.

Von welcher Art und von welchem Ursprung sind nun diese „Molluscumkörper"? Dies ist eigentlich die Frage, womit ich mich mehr speciell beschäftigt habe.

Wie man gesehen hat, hält **Retzius** sie für dem menschlichen Organismus ganz fremde Bildungen, über deren Ursprung er auch nicht eine bestimmte Vermuthung aussprechen kann, während **Virchow** glaubt, dass sie epidermoidale, vielleicht durch einen endogenen Process hervorgegangene Bildungen sind, obschon, wie er sagt, die genetische Beobachtung an Molluscum ihm nicht geglückt ist.

Dieser genetische Zusammenhang zwischen den Retezellen und den „Molluscumkörpern" ist es eben, den ich glaube gesehen zu haben.

Untersucht man einen Verticalschnitt durch den Boden einer Molluscumwarze unter dem Mikroskope, so findet man erstens das rete mucosum im Ganzen hyperplastisch entwickelt Mehr im Detail sieht man, von unten anfangend, erst einige Schichten normaler Retezellen, dann treten aber Zellenschichten auf, deren Zellen schon eigenthümliche Veränderungen darbieten. Um den Zellenkern herum beobachtet man nämlich einen eigenthümlich glänzenden Saum, den man meistens sehr deutlich von dem Kerne selbst unterscheiden kann. Dieser Saum zeigt sich nun in anderen Zellen schon breiter, und endlich findet man in der Nähe Zellen, die in ihrer Totalität diesen eigenthümlichen Glanz angenommen haben. Gleichzeitig ist eine solche Zelle etwas grösser geworden und hat auch in der Regel eine mehr regelmässige, rundlich ovale Form bekommen. Bisweilen kann man noch in der in dieser Weise veränderten Zelle, besonders wenn man mit Carmin gefärbt hat, den Kern durchschimmern sehen, aber in manchen Fällen kann man den Kern nicht mehr nachweisen. Eine solche Zelle stellt also schon eine junge Molluscumzelle dar, die jedoch noch nicht weder so gross noch so glänzend und scharf contourirt ist wie die Molluscumzellen, die man höher in der Warze vorfindet. Den hier geschilderten Vorgang beobachtet man am besten, wenn man die Präparate ganz schwach mit Carmin färbt, da der Zellenkern sich dadurch deutlicher von der umgebenden, glänzenden Zone differenzirt. Wenn man nämlich nicht genau sieht, bekommt man sehr leicht einen Eindruck, als hätte man nur einen beträchtlich vergrösserten und stark glänzenden Kern vor sich. Bisweilen scheint auch in der That eine wahre Kern-



vergrösserung stattzufinden, indem in der Nähe der jungen Molluscumzellen stark vergrösserte und eventuell gleichmässig carmingefärbte Kerne auftreten, in welchen keine Spur von der erwähnten Differenzirung nachgewiesen werden kann. — Es ist jedoch im Ganzen nicht häufig, dass man einen solchen allmäligen Uebergang oder Metamorphose der Retezellen in die sogenannten Molluscumkörper beobachten kann, vielmehr treten sehr oft die ersten, fertig ausgebildeten „Molluscumkörper“ ganz plötzlich zwischen noch normalen oder wenig veränderten Retezellen auf, welcher Umstand gewiss die Ursache ist, weshalb der wahre Zusammenhang so lange unklar blieb oder sogar zu der Annahme führte, dass diese Zellen ganz fremde Bildungen wären.

Weder Virchow noch Retzius konnten Kerne in den Molluscumzellen wahrnehmen; in der That aber kommt es, wie erwähnt, doch nicht so selten vor, dass man in den tiefern Schichten, wo die Molluscumzellen noch jung sind, einen Kern darin erblickt, der entweder central liegt oder mehr oder weniger gegen die Peripherie der Zelle verschoben ist. Höher in der Warze dagegen, wo, wie schon gesagt, die Eigenthümlichkeiten dieser Zellen immer mehr ausgeprägt werden, da habe ich nicht mehr einen Kern darin gesehen. Auch bezüglich der Form verändern sich häufig die Molluscumzellen, wie sie höher steigen, aber diese Formveränderung ist doch ganz unwesentlich, da sie offenbar nur von den vorhandenen Druck- und Raumverhältnissen abhängig ist. Immer sieht man natürlich, dass die jungen Molluscumzellen eine Form und Lage haben, die der Form und Lage der Retezellen, aus welchen sie hervorgehen, entspricht, und dies ist auch an und für sich ein Moment, das für den genetischen Zusammenhang der Retezellen und der Molluscumzellen sprechen würde, selbst wenn es nicht gelungen war, das Hervorgehen der einen aus den andern direct zu beobachten. Auch der Umstand, dass die Molluscumzellen, wie sie höher in der Warze steigen, sich allmälig vergrössern, scheint ja gleichfalls für die Entwicklung aus den Retezellen und gegen die Annahme, dass diese „Körper“ fremde Bildungen sind, zu sprechen.

Die ersten in der Tiefe eines Acinus auftretenden Molluscumzellen liegen oft ziemlich vereinzelt und zerstreut da,

aber nach und nach nimmt die Anzahl zu, bis sie in der Regel sehr plötzlich in solcher Menge auftreten, dass sie im mikroskopischen Felde vollständig prävaliren, und dass die vorhandenen, nicht in dieser Weise metamorphosirten Epidermiszellen nur wie ein zwischen den Molluscumzellen zusammengedrängtes Stroma oder Balkennetz aussehen. Dieses scheinbare Balkennetz präsentirt sich auch, wie ich glaube, am schönsten, wenn man mässig mit Carmin färbt; denn man sieht dann die Molluscumzellen glänzend weiss da liegen zwischen den Epidermiszellen mit ihrem gefärbten Kerne; später verlieren doch die meisten von diesen Epidermiszellen ihre Kerne.

Es ist eine Frage, ob die Molluscumzellen nur durch directe Bildung aus den Retezellen entstehen oder ob sie durch Theilung sich vermehren können. Man sieht zwar nicht selten wie eine Theilungslinie durch eine Molluscumzelle verlaufen, so wie ich auch ein paarmal gesehen habe, dass eine Zelle, wie es schien, ganz deutlich in Theilung begriffen war mit einem besonderen Kern in jeder Hälfte der Zelle. Diese letzte Erscheinung steht doch so vereinzelt da, dass es kaum erlaubt ist, etwas daraus zu schliessen, abgesehen davon, dass es sich dabei wohl um eine Zelle handeln konnte, die früher in Theilung begriffen war, ehe sie in den pathologischen Process eingezogen wurde. Was aber sehr häufig vorkommt, ist, dass zwei oder mehrere Molluscumzellen sehr genau an einander gedrückt liegen, ungefähr wie die Kerne einer doppelsamigen Mandel; aber es kann sich hier sehr gut um ein einfaches, starkes Zusammendrücken handeln.

Es könnte vielleicht jemand beim Untersuchen dieser Bildungen auf den Gedanken kommen, dass es sich um eine Vergrösserung und Metamorphosirung des Zellenkernes handle. Man findet nämlich zuweilen in der unmittelbaren Nähe der Molluscumzellen sehr bedeutend vergrösserte Kerne, die auch dieselbe Form und Lage wie die ersten haben. Sind aber die Präparate schwach mit Carmin behandelt, so findet man die vergrösserten Kerne schon ziemlich stark gefärbt, während die Molluscumzellen glänzend weiss sind, was ja unerklärlich wäre, wenn ein allmäliger Uebergang stattfand. Ueberdies sieht man ja nicht selten in den jungen Molluscumzellen noch den Zellen-

kern ganz deutlich, und diese beiden Momente in Verbindung mit dem schon oben Angeführten veranlassen mich anzunehmen, dass es sich um eine Metamorphose des ganzen Zellenprotoplasmas als das Primäre handelt, während dann auch der Kern nach und nach in den Process eingezogen wird um zuletzt nicht mehr nachgewiesen werden zu können.

In Folge des Obigen sind also die sogenannten Molluscumkörper nichts anders als in eigenthümlicher Weise veränderte Epidermiszellen; aber sie kommen nicht, wie Virchow andeutet, durch einen endogenen Process zu Stande, sondern sie gehen aus einer successiven Metamorphose des Zellenprotoplasmas selbst hervor, welche Metamorphose, wie es scheint, constant erst in der nächsten Umgebung des Zellenkernes auftritt. — Es liegt also kein Grund mehr vor die hier besprochenen veränderten Zellen mit dem Namen Molluscumkörper zu bezeichnen.

Von welcher Natur diese Degeneration der Zellen eigentlich ist, ob sie in einer amyloiden oder irgend einer anderen Entartung besteht, davon kann ich nichts Bestimmtes angeben. Bei der gewöhnlichen Reaction mit Jod und Schwefelsäure bekommt man doch keine amyloide Reaction. Beim einfachen Zusatze mit Jod färben sich die Molluscumzellen viel intensiver wie die Epidermiszellen; die ersten werden gewöhnlich stark braun, während die letzten sich nur schwach gelb färben. Dass der Inhalt dieser Zellen nicht Fett ist, ist klar; denn sie verhalten sich weder optisch noch chemisch wie Fettzellen.

Eine für die ganze Auffassung dieser Krankheit wichtige Frage ist es, ob man auch bei andern krankhaften Zuständen diese eigenthümlich entarteten Zellen vorfindet. Ich habe früher mit Rücksicht auf diese Frage den Inhalt einer Anzahl von Komedonen, Aknepusteln und Atheromen untersucht; nirgends aber in den von mir untersuchten krankhaften Producten konnte ich mit den Molluscumzellen identische Bildungen nachweisen. Zwar wurden mir vom Prof. H. Heiberg in Christiania einige eigenthümlich veränderte Zellen eines Epithelioms demonstrirt, die jedoch in so vielen Beziehungen von den Molluscumzellen verschieden waren, dass von einer Identität keine Rede sein konnte. — Auch Virchows Beschreibung der beim Krebs vorkommenden



sogenannten „Hohl-“ oder „Bruträume“ (Virchows Archiv, 3. Bd., pag. 197) ist ja in wesentlichen Punkten von seiner eigenen Beschreibung der Molluscumzellen ganz verschieden, sowie auch der Vorgang bei der Bildung dieser „Bruträume“ nach seiner Beschreibung ein anderer ist, als bei den Molluscumzellen in Folge der oben von mir gegebenen Darstellung. Auch die von Virchow in den Perlgeschwülsten beschriebenen Bildungen (Virchows Archiv, Bd. 8, pag. 410 und 411) sind der Beschreibung nach kaum mit den hier in Rede stehenden identisch. — Bärensprung gibt an (Beiträge zur Anatomie und Pathologie der menschl. Haut, Leipig, 1848) dass er einige Zellen, die er pag. 95 und ff. beschreibt und Taf. II, Fig. XIX abbildet, und die nicht unwahrscheinlich die Molluscumzellen gewesen, einem „Schmeerbalg“ entnommen habe. Mittlerweile ist auch dieser „Schmeerbalg“, der am Rücken eines Mannes seinen Sitz hatte, in Fig. XVIII in natürlicher Grösse abgebildet, und man kann sich schwer gegen den Zweifel wehren, dass es sich in der That nicht um einen Schmeerbalg, sondern um eine grosse Molluscumwarze gehandelt hat. Der Balg war, wie die Zeichnung zeigt, etwas grösser als eine Nuss, stark und steil über das Hautniveau hervortretend und mit einer deutlichen Oeffnung an der Spitze versehen. Die Abbildungen der Zellen selbst sind übrigens etwas eigenthümlich und geben nicht das gewöhnliche Aussehen der Molluscumzellen wieder. Nach Bärensprung entstehen diese Bildungen in folgender Weise: „Die (Epidermis-)Zellen sind platt, d. h. ihre Wände liegen dicht an einander, in der Mitte aber haben sie sich von einander getrennt und so erhoben, dass sie einen kugeligen oder ellipsoidischen Raum zwischen sich einschliessen.“ „Wo Kerne in den Zellen vorhanden sind, da sitzen sie jedesmal in dieser Auftreibung.“ „Es soll diese mittlere, bläschenartige Auftreibung“ der Zellen durch eine Imbibition mit eiweisshaltiger Flüssigkeit zu Stande kommen. — Es verhält sich nun natürlich nicht so, dass die Epidermiszellen, aus welchen die Molluscumzellen hervorgehen, solche „platte Zellen“ sind, deren „Wände dicht aneinander liegen“, und der ganzen Auffassung Bärensprungs liegt also — vorausgesetzt, dass es sich wirklich um die Molluscumzellen gehandelt hat — eine nicht richtige



Voraussetzung zu Grunde. Selbst die höher in der Warze, zwischen den alten Molluscumzellen liegenden Epidermiszellen sind meistens gar nicht platt, wovon man sich überzeugt, wenn man die Zellen unter dem Mikroskope sich herumbewegen lässt. Andererseits findet doch in einzelnen Punkten eine gewisse Uebereinstimmung zwischen dieser Darstellung Bärensprungs und der von mir gegebenen statt; namentlich scheint Bärensprung den Kern in diesen Zellen gesehen zu haben.

Man kann also, so weit ich sehe, die von Virchow beschriebenen, analogen Bildungen nicht für identisch mit den Molluscumzellen halten, und eben so wenig bin ich in Folge des oben Angeführten davon überzeugt, dass die von Bärensprung beschriebenen Zellen wirklich in einem wahren Schmeerbalg vorgefunden sind. Ob vielleicht andere Zeugnisse in der Literatur sich vorfinden, die mit Sicherheit beweisen, dass pathologische Processe, die als identisch mit dem, der zu der Bildung der Molluscumzellen führt, betrachtet werden können, auch in andern wuchernden, epidermoidalen Anhäufungen stattfinden, weiss ich nicht. Dass jedoch die oben erwähnten, von Virchow beschriebenen Processe als analog betrachtet werden können, ist wohl keinem Zweifel unterworfen, und der hier in Rede stehende Process steht also doch nicht so vereinzelt da.

Andererseits ist es, wie es mir scheint, von der grössten Bedeutung, dass, wenn auch vielleicht, wie behauptet wird, ähnliche Bildungen in Komedonen, Atheromen u. s. w. zuweilen vorkommen können, sie wenigstens nicht constant, sondern als Ausnahme sich da vorfinden, während in jedem Falle von Molluscum contagiosum die Molluscumzellen nicht nur constant, sondern vielmehr in solcher Menge vorhanden sind, dass sie beinahe die Hauptmasse des Inhaltes der kleinen Geschwülste bilden. Diese Thatsache zeigt nämlich, dass diese Bildungen hier nicht etwas Accidentelles, sondern etwas Wesentliches sind, und dies spricht wieder dafür, dass man doch diese Krankheit als eine ziemlich eigenthümliche betrachten muss. — Nach Virchow ist, wie bekannt, die Krankheit als ein „hyperplastisches Epitheliom“ aufzufassen.

Für eine gewisse Eigenthümlichkeit dieser Krankheit spricht auch die Contagiosität derselben, die doch jetzt als so



ziemlich erwiesen betrachtet werden muss. Es liegen ja sehr zahlreiche Beobachtungen vor, wo eine Mutter oder Amme von einem Säuglinge und umgekehrt angesteckt wurde, und wo Mann und Weib beim Coitus sich gegenseitig inficirten, sowie man nicht selten sieht, dass mehrere Kinder, die zusammen spielen, zu gleicher Zeit von der Krankheit befallen sind. Nur die bisher misslungenen Impfversuche haben die Uebertragbarkeit weniger wahrscheinlich scheinen lassen. Nachdem es aber dem Dr. Retzius wirklich gelungen ist, die Krankheit auf sich selbst zu überführen, ist ja auch dieser Zweifel überwunden. Retzius hat seinen Fall an den citirten Stellen genau beschrieben. Merkwürdig war die lange Incubation, indem erst mehrere Monate, nachdem er etwas Warzeninhalt an seiner Brust eingerieben hatte, eine kleine komedoähnliche Bildung genau an der eingeriebenen Stelle sich zeigte. Dieser vermeintliche Komedo wurde mehr und mehr einer Molluscumwarze ähnlich und zeigte zuletzt „alle die Eigenthümlichkeiten, die solche Warzen auszeichnen." [1]) Die Warze ging zuletzt durch ein prolongirtes warmes Bad zu Grunde; aber die abgefallene Warze zeigte sich in ihrer Structur mikroskopisch vollständig identisch mit anderen Molluscumwarzen. Der früher wiederholt ausgepresste Warzeninhalt hatte die „Molluscumkörper" gezeigt.

Wie und wodurch man sich denken soll, dass die Uebertragung zu Stande kommt, ist schwer zu sagen. Schon Paterson war nach Virchow der Meinung, dass diese „peculiar globules" das Contagium darstellen, und auch Virchow sagt, „dass es schwer sein wird, über den Gedanken hinwegzukommen, dass gerade diese Körper die Träger des Contagiums seien." Von dieser Meinung ausgehend, könnte man sich entweder denken, dass diese Zellen wirklich das Vermögen haben, sich durch Theilung zu vermehren und, auf ein anderes Individuum übergeführt, weiter zu wuchern oder, dass sie durch Contact gesunde Zellen mit in denselben pathologischen Process einzuziehen vermögen.

[1]) Siehe a. a. O.



Erklärung zur Tafel V.

Fig. I. Ein Verticalschnitt durch einen Theil eines Acinus einer Molluscumwarze.

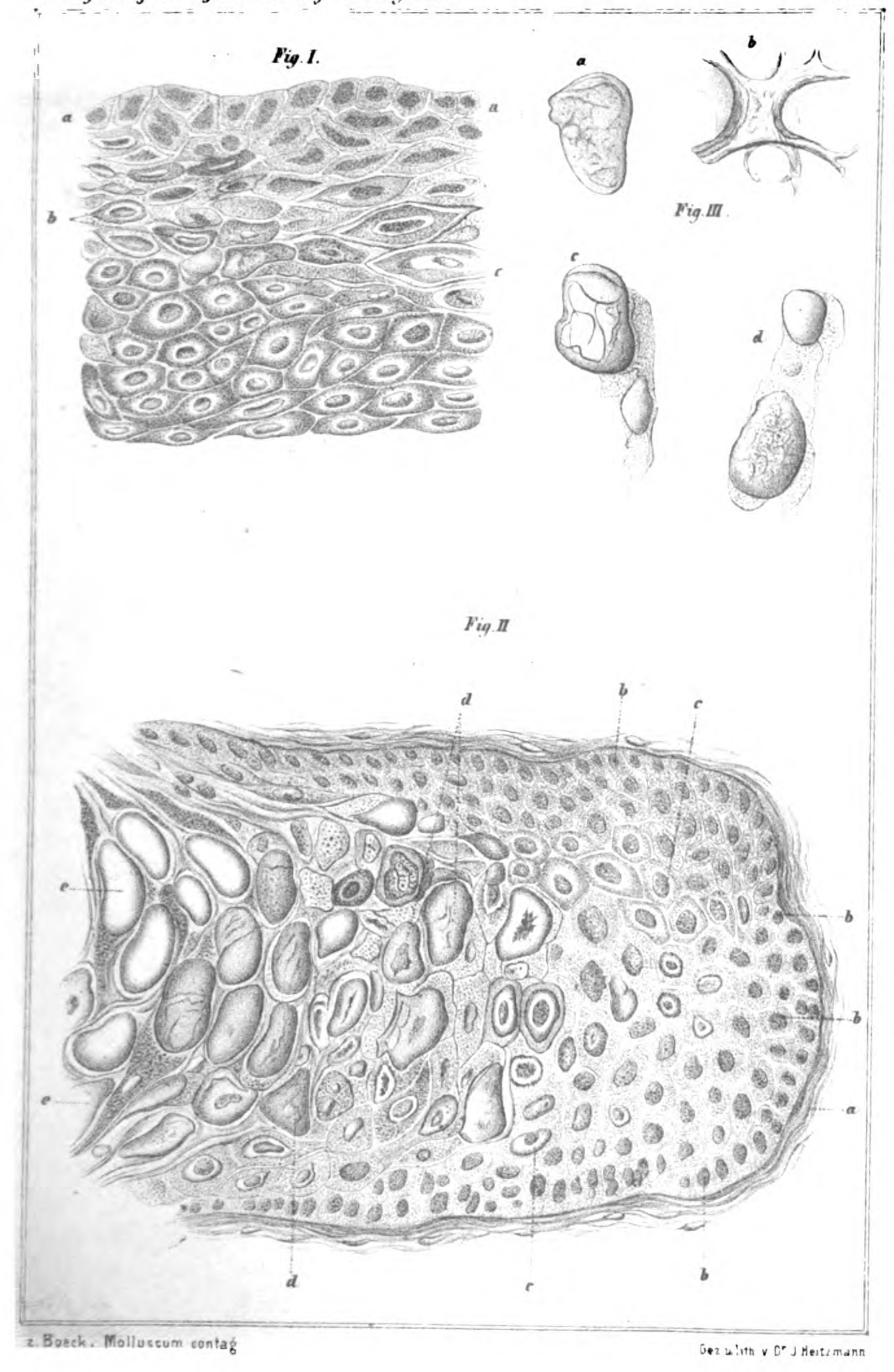
a Die normalen Retezellen, b schon veränderte Zellen, die den glänzenden Saum um den Kern zeigen, c ein junges Molluscumkörperchen.

Fig. II. Ein ganzer Acinus einer Molluscumwarze.

a Angrenzende Bindegewebsschicht des Coriums, b normale Retezellen, c in Veränderung begriffene Retezellen, d junge Molluscumkörperchen, e völlig ausgebildete Molluscumkörperchen.

Fig. III. a ein vereinzeltes Molluscumkörperchen, b eine Epidermiszelle mit Abdrücken von Molluscumkörperchen aus dem Centrum einer Molluscumwarze, c Epidermiszelle mit einem eingelagerten Molluscumkörperchen, d dasselbe, noch überdies mit einem Abdruck eines herausgefallenen Molluscumkörperchens versehen.





z. Boeck. Molluscum contag.

Gez. u. lith. v. Dr. J. Heitzmann

Drei Fälle von Visceral-Syphilis.

Von

Dr. **Hans Hebra,**

Assistent an der dermatologischen Klinik in Wien.

Im Verlaufe der letzten Jahre hatte ich Gelegenheit mehrere Fälle von Syphilis innerer Organe zu beobachten, von denen drei durch ihren Verlauf und die glückliche Heilung der Krankheit bei einem grösseren Leserkreise Interesse erregen dürften, und deren Beschreibung daher an die vielen bisher veröffentlichten Fälle angereiht werden möge.

Fall I. Herr L. O. aus Ungarn acquirirte nach seiner Aussage auf einer Reise nach Pest im Jänner 1870 ein hartes Geschwür. Er war theils daselbst, theils in seinem Heimatsorte local und innerlich in zweckentsprechender Weise behandelt worden, bekam später ein nicht bedeutendes maculo-papulöses Syphilid, welches in kurzer Zeit schwand.

Hierauf blieb er gesund bis sich gegen Anfang des Jahres 1871 an seinen beiden Unter- und Oberschenkeln ein papulo-ulceröses Syphilid zu entwickeln anfing. Nicht in der Lage, im Kreise seiner Familie eine ordentliche Cur durchzumachen, wendete er sich nach Wien. Es präsentirte sich uns am 11. Juli 1871 ein kräftiges, schlankes, lebhaftes Individuum, welches mit Ausnahme der erwähnten Affection keinerlei anderweitige krankhafte Symptome auswies. An seinen Unterextremitäten hatte er mehrere Gruppen von in Kreisform gestellten grossen Papeln, von denen zahlreiche geschwürig zerfallen waren und serpiginöse Ulcera darstellten. Es wurde eine antisyphilitische Cur mit Decoctum Zittmanni und Ein-



reibungen von grauer Salbe eingeleitet und Patient nach 5wöchentlicher Behandlung entlassen. Alle Geschwüre waren verheilt und die übrigen Erscheinungen geschwunden.

Am 20. Juli des folgendes Jahres erschien der Patient wieder, diesmal mit einem vollkommenen Lagophthalmus des linken Auges. Nach seiner Angabe war das Uebel in der kurzen Zeit von 4 Wochen entstanden und hinderte ihn durch Erschweren des Lesens und Schreibens in der Ausübung seines Berufes. Er hatte sich, nachdem er zu Hause mit Vesicantien und Irritantien am Zitzenfortsatze fruchtlos behandelt worden war, an Professor Arlt hier gewandt, welcher ihn an uns sandte, damit er eine neuerliche antisyphilitische Cur durchmache.

Die Annahme einer Paralyse, hervorgerufen durch Syphilis, wurde durch den Erfolg in vollem Masse gerechtfertigt, denn dieser letztere war ein totaler. Nach 6wöchentlicher Behandlung, welche der bei der ersten Anwesenheit des Kranken analog war, war er wieder im Stande beide Augenlider in gleiche Höhe zu heben, so dass Niemand, der den Fall nicht von früherher kannte, das krankgewesene Auge von dem gesundgebliebenen zu unterscheiden vermocht hätte.

Ich hatte ein Jahr später indirecte Nachrichten über Herrn O. und hörte, dass der Zustand derselbe geblieben war, wie bei seiner Entlassung.

Fall II. Herr von E., k. k. Major a. D., 49 Jahre alt, war in seinem Leben schon mehrere Male inficirt gewesen, hatte auch secundär-syphilitische Erkrankungen durchgemacht, ohne jedoch jemals bedeutend von denselben incommodirt worden zu sein.

Im Sommer des Jahres 1872 stand er in ambulatorischer Behandlung wegen einer Psoriasis palmaris specifica. Nachdem dieselbe geschwunden war, blieb er längere Zeit aus. Im December desselben Jahres stellte er sich neuerdings vor und konnte an ihm damals eine Depression seines Intellectes wahrgenommen werden. Es wurde ihm Jodkalium verordnet, welches schnell Besserung seines Zustandes herbeiführte, aber alsbald von dem Kranken wieder ausgesetzt, die Wiederkehr seines früheren Zustandes nicht hinterhalten konnte. Die Sprache wurde ungewöhnlich langsam, manchmal konnten die Worte nur lallend hervorgebracht werden und wurde kein Satz vollendet, sondern mittendrin mit einer ein ganz

anderes Thema behandelnden Phrase begonnen. Dabei zeigte sich auch ein schleppender Gang, häufiges Stolpern über die kleinsten Unebenheiten des Bodens.

Nach Aussage seiner Frau bekam er zu Hause sogar Tobanfälle und hegte Mord- und Selbstmordgedanken, so dass sich seine Umgebung mit ihm allein zu sein fürchtete und ihm ein Wärter beigestellt werden musste. Diesem fügte er sich willig. Zu dieser Zeit hatten die Paralyse der Unterextremitäten und die Trübung des Sensoriums einen sehr hohen Grad erreicht; Patient glich ganz einem Blöden.

Am 7. Jänner 1874 wurde eine systematisch durchgeführte Behandlung mit Zittmannischem Decoct, Inunctionen und Kali hydrojodicum begonnen. Eine Woche lang dauerten die vorerwähnten Erscheinungen in ungeschwächtem Grade noch fort, von da an aber zeigte sich eine rapide Besserung des Zustandes. In der 6. Woche hatte Patient seine Geisteskräfte wieder vollkommen zurückerlangt und war auch die Bewegung der unteren Extremitäten eine normale geworden. Er blieb noch bis 1. März in Beobachtung und wurde das Persistiren der Genesung constatirt.

Im Mai desselben Jahres erschien Patient neuerdings und zwar mit der Klage, dass er seit ungefähr 2 Wochen an geschwollenen Beinen leide.

Eine Untersuchung des Harnes ergab eine hochgradige Albuminurie.

Von der Idee ausgehend, dass vielleicht ein neues Recidiv der Syphilis die Nieren attaquirt und diese Symptome hervorgerufen habe, wurde Jodkalium in starker Dosis verordnet und zu unserer Freude in den nächsten Tagen schon eine Abnahme des Eiweissgehaltes des Harnes bemerkt.

Nach 14tägiger Medication war keinerlei Niederschlag in dem klaren Harne auf Zusatz von Salpetersäure nachzuweisen, und die Schwellung der Extremitäten bis auf ein Minimum geschwunden.

Der Kranke lebt in Wien und ich hatte erst vor Kurzem Gelegenheit mich von seiner Euphorie zu überzeugen.

Fall III. Am 5. August 1874 stellte sich Herr N. P., Gutsbesitzer aus Ungarn, vor.



Am rechten Auge des Kranken befand sich am Rande sowohl des oberen als unteren Augenlides in der Breite von $1\frac{1}{2}$ bis 3 Linien ein theilweise ulcerös zerfallenes Epitheliom.

Vom cantus internus ausgehend und die Haut und Schleimhaut derselben einnehmend, erstreckte sich das Neugebilde über $\frac{2}{3}$ der Länge des unteren Lides und auf die Hälfte des oberen. An einer ungefähr linsengrossen Stelle am oberen Augenlid hatte das Epitheliom die ganzen Gewebe der Cutis durchsetzt und fühlte sich als ein mehr weniger isolirter harter Knoten an. Die Conjunctiva des rechten Auges war geröthet, das Sehvermögen normal, doch durch übermässige Thränenabsonderung alterirt.

Das linke Auge schien vollkommen normal. Patient gibt auch an, bis vor 4 Wochen ganz gut darauf gesehen zu haben, so dass er zu jener Zeit noch Landvermessungen mittelst des Visirapparates vorzunehmen im Stande war. Heute aber erklärt er, mit Ausnahme von Licht und Dunkel Nichts unterscheiden zu können. Das Sehvermögen hat in diesen 4 Wochen und besonders in der allerletzten Zeit so rapid abgenommen, dass er z. B. auf seiner Reise nach Wien, vor Pest noch die Telegraphenstangen vom Waggonfenster aus zählen konnte, während auf der Strecke zwischen Pest und Wien dies nicht mehr möglich war. Schmerzen waren weder früher noch jetzt im Auge selbst oder dessen Umgebung vorhanden.

Es wurde eine Consultation mit Prof. Arlt abgehalten und dabei folgender Augenspiegelbefund, den ich seiner Güte verdanke, festgestellt: Brechende Medien vollkommen rein; im Augengrunde ausser etwas stärkerer Füllung der Retinalvenen und lebhafter Röthung der Papille absolut nichts Abnormes oder Krankhaftes; macula lutea bietet ebenfalls nichts Abnormes. Das Sehvermögen war am 7. August auf Wahrnehmung der Finger in 3 Fuss mit der äusseren Netzhauthälfte, drei Tage später bereits auf Wahrnehmung von Bewegungen der Hand, noch 2 Tage später auf blosse Lichtempfindung beschränkt. Nach einigen weiteren Tagen hörte auch letztere auf. Zur Erklärung dieser Erscheinungen wurde angenommen, dass ein centraler Druck auf den Sehnerven stattfinde, doch konnte nicht mit Genauigkeit eruirt werden, woher derselbe stamme und liessen sich zwei Suppositionen für die Genesis des Druckes machen. Die eine liess das Vorhandensein eines tumor cerebri



zu, während nach der anderen ein Gumma syphiliticum im Gehirne die Gesichtsstörung veranlasste. Die Anamnese sprach für letzteres. Der Kranke gab nämlich auf Befragen an, dass er vor 7 Jahren einen Schanker und bald darauf ein Exanthem gehabt habe, welches nach eingeleiteter Behandlung bald schwand. Seit jener Zeit hat er keinerlei Mahnungen an seine Infection gehabt, ist verheirathet und im Besitze dreier, seiner Angabe nach vollkommen gesunder Kinder. Nachdem Prof. Arlt erklärte, dass von einer localen Therapie nichts zu erwarten sei, nach Vorhergehendem jedoch die Möglichkeit zuliess, dass das Uebel e lue venerea stamme, wurde eine antisyphilitische Cur eingeleitet.

Zweimal täglich wurde je $^1/_2$ Drachme ungt. cinereum eingerieben und so eine Woche lang fortgesetzt. Während dieser Zeit verschlimmerte sich der Zustand täglich, so dass am 14. August, wie schon früher bemerkt, die Empfindung für Licht und Dunkel aufgehört hat.

Wegen Eintrittes vermehrter Speichelsecretion und üblen Geruches aus dem Munde ersetzte man nach 6 Tagen die graue Salbe durch Decoctum Zittmanni. Nach mehrtägigem Gebrauch desselben gab Patient an, neuerlich Gesichtsempfindung zu besitzen, so zwar, dass er Licht und Dunkel zu unterscheiden vermochte. Diese Angaben wurden sehr bezweifelt, aber mit den erwähnten Mitteln fortgesetzt. Bald darauf konnten deutliche Beweise der Zunahme der Perception der Lichteindrücke abgegeben werden, und endlich ward der höchst erfreuliche Erfolg erzielt, dass Patient am 13. September, d. i. nach 5wöchentlicher Behandlung vollkommen normal sehend ($S = \frac{20}{20}$) nach Hause reisen konnte.

Die Besserung hatte, nachdem sie einmal eingetreten war, so rasche Fortschritte gemacht, dass sie manchmal von einem Tage zum anderen constatirt werden konnte; merkwürdig war hiebei der eine Umstand, dass, als Patient gut beleuchtete Gegenstände bereits deutlich unterscheiden konnte, er nicht im Stande war, die Flamme zu sehen. So z. B. las er die gerade unter einer Laterne befindliche Nummer des gegenüberliegenden Hauses, sah er auch die Laterne selbst, die Gas-



flamme selbst aber sah er nicht, und erst in den letzten Tagen seiner Behandlung wurde er auch des lichtverbreitenden Punktes gewahr. Während dieser Medication wurde das Epitheliom der Lider des rechten Auges mittelst des scharfen Löffels entfernt und trat an seine Stelle eine glatte flache Narbe, so dass mit Ausnahme einer geringeren Dicke der afficirten Lidtheile und des Verlustes der Cilien an der krank gewesenen Partie keinerlei Deformität zurückblieb und Patient, der früher glaubte, dass er in kurzer Zeit vollkommen erblindet sein werde, mit zwei ganz gesunden Augen Wien verliess. Einem erst vor Kurzem eingelangten Briefe zufolge ist kein Rückfall eingetreten und der erzielte gute Zustand permanent geblieben.

Wenn auch aus der Veröffentlichung dieser drei Fälle genaue Merkmale zur Erkennung der Visceral-Syphilis nicht resultiren, und es vielleicht auch nie gelingen wird, ohne vorherige Anamnese die genannte Diagnose mit Sicherheit zu stellen, wie dies der Geübte in den weitaus meisten Fällen von Syphilis der Haut oder der Schleimhäute aus den objectiven Symptomen allein zu thun im Stande ist, so dürfte sie doch auf die relative Häufigkeit des Auftretens der Syphilis in inneren Organen und nach einer Reihe von Jahren aufmerksam machen, und durch den Versuch einer antisyphilitischen Therapie den Arzt in die Lage versetzen, wichtige Organe vor dem Verluste oder der Zerstörung zu bewahren.



Ueber eine
noch wenig gekannte Hautkrankheit
(Dermatitis circumscripta herpetiformis)

von

I. Neumann

in Wien.

Hierzu Tafel III und IV.

In meinem Lehrbuch der Hautkrankheiten 3. Aufl. pag. 188 habe ich die in Rede stehende Krankheitsform in die Gruppe des Herpes eingereiht und selbe unter dem Namen Herpes chronicus erwähnt. Ich hielt damals, da mir bis dahin genauere Untersuchungen nicht zugänglich waren, diese Bezeichnung für die entsprechende, weil diese Krankheit unter Entwicklung von mattweissen, den Bläschen ähnlichen Punkten sich perifer in Kreisform weiter verbreitet und der Verlauf derselben ein chronischer ist. Da ich bis dahin weder in der Literatur eine Beschreibung dieser Krankheit gefunden, noch an Hebra's Klinik und Abtheilung, auch nicht in andern Spitälern des In- und Auslandes einen ähnlichen Krankheitsfall gesehen, glaubte ich diese Krankheitsform einer eingehenden Schilderung würdigen zu sollen, wol wissend, dass das Wesen dieser seltenen Krankheit mit dem Namen allein nicht geklärt ist.

Bald nach der Publication las ich in Hebra's Lehrbuch der Hautkrankheiten 2. Auflage, pag. 311: „Ebenso macht die von Neumann aufgestellte neue Form von Herpes mir nicht den Eindruck eines Herpes, sondern eines in Gruppen auftretenden Lichen ruber.“

Ich muss gleich hier hervorheben, dass diese Annahme bald durch einen an der dermatologischen Klinik behandelten Kranken, der weiter unten beschrieben werden soll, sich nicht als berechtigt erwies, da Hebra selbst, trotz seiner eminenten



Erfahrung, den in Rede stehenden Fall als einen bezüglich seiner Natur zweifelhaften hinstellen musste. Durch weitere Studien, die ich dieser räthselhaften Krankheit zuwandte, glaube ich nunmehr in der Lage zu sein, etwas Positiveres über dieselbe mittheilen zu können, ohne dass ich auf die gewählte Bezeichnung Herpes chron. irgend ein besonderes Gewicht legen würde, vielmehr diesen Namen, da einzelne Erscheinungen der Krankheit, zumal deren chronischer Verlauf nicht in den Rahmen des Herpes genau eingereiht werden können, gerne aufgebe und dafür den Namen Dermatitis circumscripta herpetiformis vorschlagen würde.

Verlauf.

Die Krankheit entwickelt sich unter Bildung von hanfkorngrossen, blassgerötheten, im Centrum bläulichweiss gefärbten Efflorescenzen, von denen aus sich die Röthung und Infiltration gegen die Peripherie allmälig weiter verbreitet u. zw. in der Art, dass bis zur Bildung von Efflorescenzen in der Ausdehnung eines Silbergroschens mehrere Monate verstreichen. — An den kleineren, gleichwie den grösseren Eruptionen sind punktförmige, bläulich — und nach längerem Bestande mattweiss gefärbte Punkte sichtbar. Die Efflorescenzen werden selbst thalergross und sind an den peripher gelegenen Partien die punktförmigen Entfärbungen besonders deutlich zu sehen, während die Mitte mehr gleichförmig roth erscheint; eine emporgehobene Hautfalte erscheint beträchtlich dicker, als die umgebende normale Haut. Die Efflorescenzen stehen theils einzeln, theils confluiren sie; bisweilen rücken mehrere mit ihrer Wandung aneinander, wodurch dieselben theils als scheibenförmige, theils in Form von Gyri sich peripher weiter verbreitende Infiltrate erscheinen, an denen das Centrum entweder noch weisse Punkte enthält, oder mehr gleichförmig geröthet und mit Schuppen bedeckt ist. Die grösste Aehnlichkeit besitzen diese weissen Punkte mit den Eczembläschen an der Palma manus und Planta pedis, bei welchen das Exsudat die Epidermis noch nicht emporgehoben oder durchbrochen hat. Mit der Dauer der Erkrankung nimmt auch die Schuppenmenge beträchtlich zu; an einzelnen Haut-

stellen finden sich harte, dicht an- und übereinander gelagerte, braun gefärbte, fest anliegende Lagen von Schuppen und Schildern, die mit ihrer Unterlage in festem und innigem Contacte sind und nach deren Entfernung eine excoriirte, verdickte Hautpartie zum Vorschein kommt; an anderen Körperpartien (Stamm) erreicht die Schuppenmenge gleichwie das Infiltrat nie diesen Umfang. Mit dem mehrmonatlichen Bestande des Leidens nimmt das Infiltrat ab, und es bleibt, wenn dasselbe geschwunden, ein dunkelbraun pigmentirter Fleck oder gleich pigmentirte, eingesunkene Punkte zurück. Sich selbst überlassen kann die Krankheit auch durch Jahre bestehen und sich unter Bildung neuer Eruptionen weiter verbreiten, wobei die ältern sich spontan rückbilden u. z. in der Art, dass die verdickte Haut allmälig dünner wird, die Schuppen sich loslösen und eine weiche, nicht narbige pigmentirte Stelle hinterlassen und auch das Jucken, welches bei dieser Krankheit sehr heftig ist, vollständig schwindet.

Anatomie.

Um die histologischen Veränderungen zu eruiren, habe ich in vier Krankheitsfällen Hautstücke mikroskopisch untersucht und gefunden, dass die Gewebsveränderungen vorwiegend den obern Theil der Cutis betreffen. Der untere Theil dagegen bietet, Schweissdrüsen und deren Umgebung ausgenommen, wenig Abnormes; auch die Haarbälge und Talgdrüsen sind unverändert.

Was die Epidermis betrifft, findet sowol eine Massenzuname statt, als auch eine Veränderung in den Zellen selbst. Die Zuname betrifft sowol die vorhornten Zellen, gleichwie das Rete Malpighii und ist die Lage eine beträchtliche (Taf. IV, Fig. 5 *a*). Die Zellen des Rete Malpighii selbst sind besonders um den Kern körnig getrübt und geschwellt; sie sind, gleichwie bei den meisten Hautkrankheiten mit excessiver Bildung von Epidermidalelementen, zumeist Stachelzellen. Die Papillen (Taf. III, Fig. 1 u. 3 *b*; Taf. IV, Fig. 5 u. 6 *b*) sind im Breiten-, noch mehr im Höhendurchmesser vergrössert, ihre Gestalt theils konisch, theils zugespitzt und vielfach verzweigt, ihr Gewebe mit netzförmig angeordneten körnigen Wucherungen (Taf. IV,



Fig. 6 *e*) versehen. Die Gefässschlingen sind breiter (Taf. IV, Fig. 5 *c*), deren Adventitia mit Wucherungen versehen, in der Papille selbst vielfach gewunden; noch mehr Wucherungen finden sich unter den Papillen an den beträchtlich erweiterten Gefässen (Taf. III, Fig. 3 u. Taf. IV, Fig. 5 *d*) angehäuft. Im Cutisgewebe sind die Wucherungen u. zw. nur im oberen Theile in grösseren Inseln und Zügen, gleichwie in Form von Netzen angeordnet (Taf. III, Fig. 1 *e* u. Fig. 3, Taf. IV, Fig. 6 *eee*). Die Haar- und Talgfollikel sind normal (Taf. III, Fig. 1; Taf. IV, Fig. 6 *hh*); die glatten Muskeln hypertrophisch (Taf. III, Fig. 1; Taf. IV, Fig. 6 *kk*). Interessant, und in dieser Art bisher bei keiner andern Hautkrankheit beobachtet, gestalten sich die Veränderungen in und um die Schweissdrüsen und ihre Ausführungsgänge sowohl bezüglich ihrer Wandung als auch bezüglich ihres Inhaltes. Es wurde schon oben bei der Besprechung der klinischen Merkmale erwähnt, dass an den Efflorescenzen umschriebene punktförmige mattweiss gefärbte Stellen vorkommen und dass diese, selbst wenn man die Efflorescenzen mittelst Daviel'schen Löffels abkratzt, noch auf der blosgelegten Cutis, allerdings in einer andern Farbe, doch immerhin als scharf umschriebene Punkte zu sehen sind. Die mikroskopische Untersuchung lehrt nun evident, dass diese circumscripten Punkte den Schweissdrüsengängen entsprechen. Man findet nämlich in recenten Fällen die Wandungen der Schweissdrüsen, der Ausführungs- und Drüsengänge verbreitert und zwar durch Zuname der Inhaltszellen (Taf. III, Fig. 2), durch Schwellung der Wandungen und selbst durch körnige Wucherung, welche die Schweissdrüsenknäuel (Taf. III, Fig. 1 *i*; Taf. IV, Fig. 4 *i*) umgeben und auch den Drüsengang begleiten. Ein Vergleich mit den Drüsen der die Efflorescenzen umgebenden gesunden Hautpartie lässt diese Vergrösserung in der eclatantesten Weise wahrnehmen. Die Enchymzellen im Ausführungsgang sind vermehrt und getrübt (Taf. III, Fig. 2; Taf. IV, Fig. 4 *l*); in den Drüsenknäueln findet man zahlreiche runde, opake, das Licht stark brechende colloide Zellen (Taf. IV, Fig. 4 *m*), während in den bereits vorgeschrittenen Stadien der Krankheit der Schweissdrüsengang mit verhornten Zellen ausgefüllt ist und in den tieferen Stellen



(Taf. III, Fig. 3 *n*) dunkelbraun pigmentirte Zellen wahrnehmen lässt.

Bezüglich des Befundes in den späteren Stadien der Krankheit sei noch erwähnt, dass pigmentirte Zellen sowol als körniges rostbraun bis schwarzes Pigment im obern Theil (Taf. III, Fig. 1 u. Fig. 3 *o*; Taf. IV, Fig. 5 u. Fig. 6 *o*; des Cutisgewebes, in den Papillen, in der Adventitia der Gefässe in reichlicher Menge beobachtet wurden.

Nach diesem anatomischen Befunde stellt sich die in Rede stehende Krankheit als eine circumscripte, vorzugsweise den oberen Theil des Cutisgewebes, den Papillarkörper occupirende Entzündung dar, bei welcher auch der Schweissdrüsenapparat in hervorragender Weise mitafficirt ist. Die Wucherungen in den Schweissdrüsen, die Vergrösserung derselben, den Ausführungsgang mitinbegriffen, die Veränderungen ihres Zellinhaltes lassen vielleicht diese Annahme nicht ungerechtfertigt erscheinen. Dieser Befund findet sein Analogon in jenen Hautkrankheiten, in denen die andern Follikel, Haarbälge und Talgdrüsen den gewöhnlichen Ausgangspunkt der Gewebsneubildungen abgeben, wie dies bei Lupus erythematodes klinisch zuerst von Hebra und mikroskopisch von mir dargestellt wurde. Die Wucherungen im Cutisgewebe wären hiebei nur als spätere, somit als secundäre Erscheinungen aufzufassen.

Da der Nachweis von anatomischen Veränderungen in den Schweissdrüsen bisher nur in wenigen Fällen geliefert wurde, dürfte es wol nicht überflüssig erscheinen, jene Fälle, die in der Literatur nur zerstreut vorkommen, hier in Kürze zu erwähnen.

A. Verneuil beschreibt eine Hypertrophie der Schweissdrüsen in der Achseldrüse mit Vorwiegen des Epithels. [1])

Später schildert V. [2]) die Entzündung der Schweissdrüsen unter dem Namen Hidrosadénite phlegmoneuse; ebenso beobachtete er Neubildung von Schweissdrüsen an der Wand von Cysten, sogen. Dermoidcysten, welche mit gleichzeitiger Neubildung von Talgdrüsen vorkommt. (Ovarien, Uterus, Hoden,

[1]) Gazette hebdom. IV, 1857.

[2]) Arch. gén. 1864.



äussere Haut). An Brand- und oberflächlichen Wunden hat Bärensprung Regeneration des Ausführungsganges der Schweissdrüsen gesehen und Vergrösserung derselben bei weichen Warzen; Simon beobachtete eine Vergrösserung der Schweissdrüsen bei Elephantiasis tuberculosa; Atrophie derselben in der Cutis unter den Leichdornen.

Nach Virchow liegt [1]) den copiösen Schweissen mancher Phtisiker Vergrösserung der Drüse, Erweiterung des Drüsenschlauches mit fettiger Degeneration des Epithels zu Grunde.

Rindfleisch [2]) sagt: „Die meisten Hypertrophien der Schweissdrüsen sind als Lupus oder Epitheliom aufzufassen. Die echte Schweissdrüsenhypertrophie verursacht eine flache pilzförmige Erhebung der Haut, welche glatt und haarlos einer weichen Warze nicht unähnlich erscheint. Cutis und Papillarkörper sind dabei unbetheiligt; der Umfang einer Schweissdrüse reicht bis auf eine Linie, das Fettgewebe ist verdrängt, die Bindegewebsbalken zwischen den Drüsenkörpern sind verdickt.“

Nach Förster sind die Ausführungsgänge der Schweissdrüsen Sitz von Eiter und excessiver Epithelbildung nach der Infection durch Leichen. [3])

Eine Vergrösserung der Schweissdrüsen haben Kaposi bei Lup. erythemat. und ich bei Sklerema adultor. gefunden. [4])

Gay [5]) fand bei Elephantiasis Arabum Zuname der Wandung und Vermehrung der Epithelien (wahrscheinlich Neubildung) des Drüsenausführungsganges.

Vinke in Petersburg [6]) sah Neubildung von Schweissdrüsen nach Gangrän des Scrotum.

Wie aus diesen wenigen Daten zu ersehen, ist über die Krankheiten der Schweissdrüsen so wenig bekannt, dass die oben beschriebene Veränderung auch ohne Rücksicht auf

---

[1]) Archiv XIII.

[2]) Lehrbuch der pathol. Anatomie p. 268.

[3]) Siehe Rokitansky Lehrb. d. path. Anat. 2. B. p. 80.

[4]) Siehe Lehrbuch d. Hautkrankheiten 3. Aufl. — Archiv für Dermatol. und Syphil. 1872. 1. Heft.

[5]) Archiv für Dermatol. und Syphil. 1871. 4. Heft.

[6]) Virch. Arch. 32. 1867.



ihren Zusammenhang mit den übrigen Krankheitssymptomen des in Rede stehenden Leidens von nicht zu unterschätzendem Interesse ist.

Ich lasse nun eine kurze casuistische Skizze der beobachteten Fälle folgen.

Fall 1. G. J., 48 Jahre alt, mager, von dunkelbraunem Colorit Der Kranke, der sich mir im Jahre 1870 vorstellte, war vorher nie krank gewesen; die Hautkrankheit bestand seit 2 Monaten, gegen welche er schon früher von einem Collegen behandelt wurde. — Nachdem sich das Leiden unter heftigem Jucken ohne Allgemeinerscheinungen weiter verbreitete, nahm er meinen Rath in Anspruch. Ich fand zerstreut an der Hautoberfläche, zumal am Stamme, theils punktförmige, theils u. z. in grösster Menge linsen- bis zehnkreuzerstückgrosse, kreisförmig angeordnete, bläulich-weiss gefärbte etwas über das Hautniveau erhabene Entfärbungen um eine dunkelroth gefärbte verdickte centrale Hautpartie angeordnet; an den Unterschenkeln waren dicke Schuppenmassen aufgelagert, die schwer ablösbar waren.

Die einzeln stehenden Flecke waren im Centrum mit Schuppen bedeckt, nach deren Ablösung eine dunkelroth gefärbte, doch überhäutete Partie zum Vorschein kam. Das Allgemeinbefinden war nur in Folge des intensiven Juckens gestört.

Ich hatte den Kranken durch nahezu 6 Monate in Behandlung und Beobachtung und konnte constatiren, dass während der Zeit trotz energischer localer Anwendung von Theer und Seife stets neue Nachschübe zum Vorschein kamen, so dass — die Gesichts- und Kopfhaut ausgenommen — keine grössere Partie der Hautoberfläche frei von Efflorescenzen war. Schliesslich schwand das Hautleiden mit Zurücklassung von tief dunkler Färbung der Haut. — Ich sehe auch jetzt bisweilen den Kranken und es hat sich seitdem keine Recidive eingestellt.

Fall 2. Ein 42 Jahre alter Mann, welcher in den Jahren 1864 und 1865 an acutem Eczem in meiner Behandlung gestanden, war unter gleichen Erscheinungen erkrankt wie Fall Nr. 1 und die Krankheit hatte sich hier ebenso weit über die Hautoberfläche verbreitet. Es waren besonders an den Streckflächen der Unterschenkel, zum Theil auch der Oberarme harte, derbe, flache Schilder von Epidermidalauflagerungen. Auch dieser Kranke brauchte 6 Monate bis zur vollständigen Heilung und seine Haut blieb nach der Heilung gleichfalls



dunkel pigmentirt; ebenso sind bei diesem Kranken seitdem keine Recidiven vorgekommen.

Fall 3. Ein 68 Jahre alter Beamter, der trotz seines Alters ungewöhnlich kräftig war und ausser chron. Rheumatismus sich stets der besten Gesundheit erfreute, war nur an wenigen Hautpartien mit zumeist linsengrossen, gerötheten, an der Peripherie durch weisse Punkte begränzten Knoten, besonders an der Haut längs des Kreuzbeins, ad nates und an den Beugeflächen der Oberarme bedeckt. Das Leiden bestand bereits seit mehreren Jahren und hatte ausser geringem Jucken keine weiteren Beschwerden veranlasst. An einzelnen Stellen war spontane Heilung eingetreten und sind dieselben durch dunkle Pigmentirung angedeutet. Ich hatte Gelegenheit, ein Hautstück dieses Kranken mikroskopisch zu untersuchen und habe den Befund bereits oben angeführt.

Fall 4. N. E., 37 Jahre alt, Kaufmann. Der Kranke leidet an chron. Magenkatarrh und gibt an, dass mit der Steigerung desselben auch die Zahl der Efflorescenzen an der Haut zunehme. Rücken, Nates, zum Theil auch die hintere Fläche der Oberschenkel sind mit meist linsen- bis silbergroschengrossen, im Centrum schmutzig braun gefärbten, in der Peripherie mit bläschenförmigen Efflorescenzen bedeckt; an einzelnen Stellen sind dieselben bereits mit Hinterlassung tief dunkler Pigmentirungen geschwunden. Ich hatte ein Hautstück dieses Kranken, der durch mehr als 8 Monate in meiner Behandlung gestanden, mikroskopisch untersucht.

Fall 5. Eine 57 Jahre alte Frau zeigte kreuzer- bis thalergrosse Efflorescenzen am Fussrücken und an der Haut um den Malleolus intern. Die subjectiven und objectiven Erscheinungen waren die gleichen wie bei den oben erwähnten Kranken; doch hatte ich keine Gelegenheit den Fall weiter beobachten zu können.

Fall 6. Eine 50 Jahre alte Kindsfrau war im März d. J. 1874 erkrankt u. z. zeigten sich unter heftigem Jucken an der Hinterfläche beider Oberschenkel punktförmige, geröthete im Centrum schmutzigweiss gefärbte Efflorescenzen, die sich peripher verbreiteten, so dass sich theils einzeln stehende bohnenförmige, theils dicht aneinander gedrängte mit leicht anhaftenden Schuppen bedeckte Stellen entwickelten; auch ad nates hatten sich allmälig gleich grosse Efflorescenzen gezeigt. Als ich nach längerer Pause im November 1874 die Kranke wieder sah, waren die meisten Efflorescenzen unter Rücklassung von schwarzen Flecken geschwunden, nur an den Unter-

schenkeln hatten sich neuerdings mit Schuppen bedeckte linsengrosse Stellen mittlerweile herangebildet. Bei Entfernung der Schuppen und nach Abkratzen eines Theiles des Infiltrats mittelst Daviel'schen Löffels sah man an dem bloss gelegten Corium zahlreiche punktförmige durch ihre lichtere Färbung und scharfe Umgrenzung deutlich zu unterscheidende, wahrscheinlich den Ausführungsgängen der Schweissdrüsen entsprechende Stellen. Die Haut wurde mikroskopisch untersucht.

Fall 7. Endlich will ich noch eines an Hebra's Klinik beobachteten Falles erwähnen.

J. M. 22 Jahre alt, Bäckergehilfe. Es zeigten sich an beiden oberen Extremitäten, besonders am linken Vorderarm linsen- bis kreuzergrosse, theils runde, theils scheibenförmige, einzelne und aneinander gereihte, an ihrer Oberfläche mit schmutzigweissen, fest anhaftenden Schuppen bedeckte Efflorescenzen, theils solche, welche in ihrem Centrum eingesunken, tiefbraun pigmentirt und an ihrer Peripherie durch ein mässiges Infiltrat begrenzt sind. Nach Entfernung der Schuppen gewahrt man bläulichweiss gefärbte, linsengrosse, theils einzeln, theils zusammenstehende schmutzigbraun gefärbte Flecke, welche über die Haut etwas erhaben sind. Nach Ablösung der Schuppen findet man darunter ein geringes Infiltrat, doch kein blutendes Gewebe. Nach Abkratzen mittelst Daviel'schen Löffels sieht man in dem Cutisgewebe ähnliche weisse Punkte, welche 14 Tage nach bereits vollendeter Ueberhäutung noch deutlich hervortraten. Ich erhielt von dem klin. Assistenten, Herrn Dr. H. Hebra ein Hautstück, welches ich mikroskopisch untersuchte.

Der Status vor dessen Entlassung war folgender: Die weissen Punkte sind verschwunden — und zeigten sich tief dunkle Pigmentirungen. Nachschübe sind keine zum Vorschein gekommen und die Efflorescenzen sind spontan verschwunden — keine allgemeinen Beschwerden. Die abgeschabte Stelle ist vollständig vernarbt; die übrigen Efflorescenzen sind nur noch mit abgeblassten, spärlichen Schuppen bedeckt. Entsprechend der Mitte des Vorderarmes (links) befindet sich eine beiläufig kreuzergrosse Stelle, welche in ihrer Mitte mit ziemlich derber, schmutzig-röthlicher Borke bedeckt und theilweise auch von dünnen, schmutzig weissgefärbten Schuppen umgeben ist.

Sechs Monate nach der Entlassung habe ich den Kranken wieder gesehen und fand die erkrankt gewesenen Partien nur durch dunkle Pigmentirungen angedeutet.



Ein 8. Fall, ein 48 Jahre alter Diener einer Bank, kam nur einmal ins Ambulatorium der Klinik und entschwand leider der Beobachtung und ein 9. Fall mit weniger Efflorescenzen ist eben jetzt in Beobachtung.

Das Leiden hat mit einigen anderen Hautkrankheiten einige Aehnlichkeit und zwar mit Psoriasis vulgaris, Herpes tonsurans, Lichen ruber.

Die Aehnlichkeit mit Psoriasis vulgaris besteht in der Form der Efflorescenzen und in der excessiven Anhäufung von Schuppen; doch wird man aus den peripheren weissen Punkten einerseits, aus dem festen Anhaften der Schuppen und aus dem Umstande, dass nach Beseitigung der letzteren keine blutende Cutis zum Vorschein kommt, ferner aus der im Gegensatze zu Psoriasis unbestimmten Vertheilung der Efflorescenzen an der Haut, aus der Heftigkeit des Juckens und endlich aus der tief dunklen Pigmentirung nach vollendeter Heilung die Psoriasis vulgaris ausschliessen können. — Von Herpes tonsurans unterscheidet sich das in Rede stehende Leiden durch das Infiltrat im Centrum, durch die längere Dauer und das Fehlen von Pilzelementen.

Mit Lichen ruber haben nur jene Formen dieser Hautkrankheit Aehnlichkeit, die noch im ersten Stadium der Entwicklung sind, demnach die, welche kleine isolirt stehende Knötchen zeigen. Doch ist hier die opake Färbung, das Fehlen der Schuppen im Beginne der Krankheit, die Unabhängigkeit der Knötchenbildung von den Haarfollikeln charakteristisch, da ja bekanntlich der sich erst entwickelnde Lichen ruber stets von diesen ausgeht, daher auch seine Aehnlichkeit mit Cutis anserina. Die weiter vorgeschrittenen Efflorescenzen sind weder in ihrer Anordnung, noch in ihrem Verlaufe dem Lichen ähnlich, da gerade der Lichen dadurch sich in die Breite ausdehnt, dass immer neue Knötchen sich bilden, die sich neben einander gruppiren, während bei der in Rede stehenden Krankheit die einmal entwickelten Efflorescenzen, gleichwie bei Psoriasis sich peripher verbreiten; — auch hatte ich bei keinem der Fälle, die auch über die ganze Hautoberfläche verbreitet waren, eine krankhafte Affection der Nägel gesehen, ein Symptom, das bei hochgradigem Lichen ruber nie fehlt;

auch war keine grössere Hautpartie in Folge der Krankheit spröd und brüchig geworden und schwand auch das Leiden ohne Anwendung des Arsens nur durch locale Behandlung.

Wir haben es hier somit mit einem Leiden sui generis zu thun, welches sich unter bestimmten localen Erscheinungen, jedoch stets ohne weitere Störungen des Organismus entwickelt, chronisch verläuft und das sich nach längerem Bestande spontan involvirt und bei dem es trotz beträchtlicher Verdickung der Haut nie zur Abscedirung kommt und welches stets tief dunkle Pigmentirungen, nie jedoch Narben an der Haut zurücklässt. Wie selten diese Krankheit vorkommen mag, geht schon zur Genüge daraus hervor, dass selbst Hebra dieselbe nur einmal gesehen; ich war so glücklich der Fälle 9 zu beobachten. Was noch hervorzuheben wäre, ist die geringe Schweissausscheidung, die in zwei Fällen (1. und 2.) auch dem Kranken besonders auffallend war. Bezüglich des Alters und Geschlechts und des aetiologischen Momentes lässt sich bei dem noch zu geringen Beobachtungsmaterial selbstverständlich nichts Positives angeben. Unter den 9 Fällen waren allerdings 8 M. und 1 W.; der älteste mit 57, der jüngste mit 22 Jahren. Es waren durchgehends gesunde Individuen, nur eines litt an chronischem Magenkatarrh. Recidiven habe ich bisher bei keinem der Kranken beobachtet. Ein stärkeres Ausfallen der Haare konnte ich nicht constatiren.

Die Haut des Rückens und der Extremitäten scheint häufiger befallen zu werden; am Halse, an der Gesichts- und Kopfhaut habe ich in keinem der Fälle Efflorescenzen beobachtet.

Bezüglich der Therapie sei hervorgehoben, dass die locale Behandlung in allen Fällen zur vollständigen Beseitigung des Leidens genügte. In jenen Fällen, in denen mir desseminirte Efflorescenzen vorkamen, genügte die Abreibung mit Spirit. sapon. kal. (Hebra) und darauffolgende Einpinslung mit Theer.

In den hochgradigen Fällen mussten mehrere Schmierseifencykli und Theerbäder mit Consequenz angewendet werden; der Erfolg war auch, obschon erst nach Monaten, ein vollständiger.



Erklärung zu den Abbildungen.

Taf. III, Fig. 1. *a* Epidermis und Rete Malpighii. *e* Wucherungen in der Cutis. *h* Normale Talgdrüse. *h,* Normaler Haarbalg. *i* Wucherungen um die Schweissdrüse. *k* Hypertrophirter Arrector pili. *o* Pigment im Ausführungsgang der Schweissdrüse. (Hartnack, Ocular 2, Objectiv 4.)

Taf. III, Fig. 2. Ausführungsgang einer Schweissdrüse mit Vermehrung der Inhaltszellen, Verdickung der Wandung mit Pigmentbildung. (Hartnack, Ocular 2, Objectiv 8.)

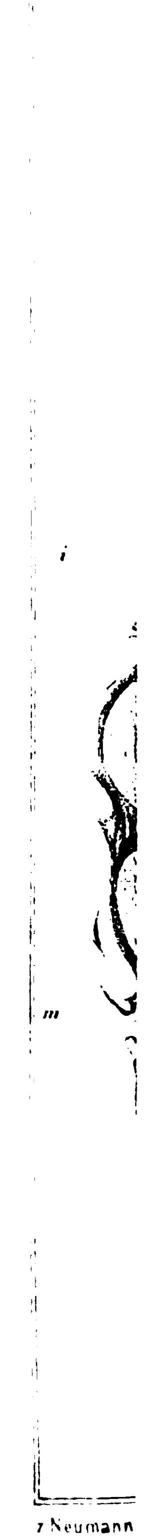
Taf. III, Fig. 3. *a*, *b* Epidermis und Rete Malpighii. *d* Erweiterung der Blutgefässe mit Wucherung an deren Adventitia. *e* Zellenwucherung in der Cutis. *n* Erweiterte Mündung des Schweissdrüsenganges. *o* Vergrösserte Papille mit pigmentirten Zellen. (Hartnack, Ocular 2, Objectiv 8.)

Taf. IV. Fig. 4. *i* Wucherungen um die vergrösserte Schweissdrüse. *l* Erweiterter Ausführungsgang mit Vermehrung der Inhaltszellen. *m* Colloide Inhaltszellen der Schweissdrüsengänge. (Hartnack, Ocular 2, Objectiv 8.)

Taf. IV, Fig. 5. *a* Epidermis und Rete Malpighii. *b* Vergrösserte Papillen. *c* und *d* Erweiterte Gefässe mit Zellwucherungen. *o* Pigmentirte Zellen. (Hartnack, Ocular 2, Objectiv 7.)

Taf. IV, Fig. 6. *a* Epidermis und Rete Malpighii. *b* Vergrösserte Papillen. *e* Wucherungen im Cutisgewebe. *h,* Haarbalg. *k* Hypertrophirter Arrector pili. *o* Pigmentirte Bindegewebskörperchen. (Hartnack Ocular 2, Objectiv 7.)





Neumann

Vorläufige Mittheilungen, kleinere Aufsätze, Discussionen.



Vier Fälle von
Infection mit Impflymphe und tödtlichem Ausgange.

Mitgetheilt von

Dr. **Krügkula,**

österreichischem Regimentsarzt.

(Nach der Wiener med. Wochenschrift 1874, Nr. 47.)

Am 29. März d. J. wurden in Ossiach in Kärnten mit aus dem Wiener Findelhause bezogener Impflymphe 8 Dragoner des k. k. 5. Dragonerregiments geimpft. Davon blieben bei 2 Mann die Impfungen ohne jeden Erfolg. Die übrigen 6 Mann, bei denen sehr rasch Knötchen und Pusteln an den Impfstellen auftraten, erkrankten schon nach 24 Stunden an Schüttelfrost, heftigem Fieber, grosser Hinfälligkeit und Delirien, und es erschien am 2.—4. Tage nach der Impfung eine erisypelatöse oder vielmehr phlegmonöse Entzündung an den Oberarmen, bei einigen einseitig, bei anderen doppelseitig, die nach einigen Tagen in Gangrän überging. Vier von den Kranken starben, zwei wurden geheilt.

Nachfolgend die Krankengeschichten dem Wortlaute nach, wie sie mir vorliegen. Bemerken will ich nur noch, dass gleichzeitig aus derselben Quelle noch 9 Phiolen mit Impfstoff bezogen wurden, nach deren Verwendung keinerlei krankhafte Erscheinungen bei den damit vaccinirten und revaccinirten Individuen beobachtet wurden.

1. Fall. A. P., Dragoner, 23 Jahre alt, ohne sichtbare Impfnarben, wurde am 29. März d. J. Nachmittags mit noch 7 seiner Kameraden mit der Lymphe einer und derselben Phiole geimpft und bekam am folgenden Tage einen Schüttelfrost, darauf Hitze, Kopfschmerz und Delirien; am vierten Tage trat eine erisypelatöse Röthe, Schwellung und Schmerzhaftigkeit am rechten Oberarme auf, welche sich immer weiter verbreitete und heftiger wurde. Bei der Uebergabe in das Marodehaus fieberte er heftig, hatte etwas Kopfschmerz,



war schwindelig und sehr schwach. Die Zunge trocken. Der Oberarm von der Schulter bis unter das Ellbogengelenk stark geschwellt, hart, roth, schmerzhaft, aus den Stichöffnungen sickert eine seröse gelbliche Flüssigkeit, die Epidermis in der Umgebung abgelöst; an einzelnen Stellen des Oberarmes Blasen, wie bei Erisypelas bullosum. Der Kranke bietet das Bild eines Typhösen; er delirirt zeitweise in der Nacht wie auch beim Tage und ist somnolent.

Im weiteren Verlaufe nimmt die Schwellung und Härte zu, der Oberarm hat mehr als das doppelte Volum des gesunden, der Process verbreitet sich auf die Schulter und innere Brustfläche, nach unten auf die oberen zwei Drittel des Vorderarmes; an der inneren Fläche, sowie auf den hinteren aufliegenden Stellen treten einzelne gangränöse Inseln von 2—3″ Durchmesser auf, die sich rapid vergrössern, ineinanderfliessen, so dass einige Stunden vor dem Tode der ganze Oberarm von der Schulter bis zum Ellbogen schwarz gefärbt erscheint. Schon bei den ersten Spuren von Gangrän ist Empfindlichkeit nur an den Grenzen derselben am Vorderarme und am Thorax vorhanden. Bei Incisionen durch die ganze Dicke der Haut, welche noch vor dem Auftreten der Gangrän gemacht wurden, kommt nirgends Eiter, sondern nur eine dünne etwas trübe Flüssigkeit zum Vorscheine, die auch aus den gangränösen Stellen ausfliesst. Die Empfindlichkeit und das Gefühl in der Hand ist erhalten, die Temperatur um $2-3^0$ herabgesetzt im Verhältniss gegen links. Beim Beginne der Gangrän furibunde Delirien, später ist der Kranke soporös, führt nur selten Selbstgespräche und ist auf lautes Ansprechen vollkommen theilnamslos. Der Puls fadenförmig, nicht zu zählen, die Conjunctiva und die Haut leicht icterisch; die Harnblase gelähmt. Tod am 6. April um 9 Uhr früh. Die Behandlung bestand im Beginne in Anwendung von Kälte und Chinin, dann Incisionen und Cataplasmen. — Schüttelfröste wurden im Verlaufe nicht beobachtet.

Sectionsbefund. Anämie und Abmagerung, leichte icterische Färbung der Haut und der Conjunctiva; die inneren Organe blutarm, sonst normal. Im Herzbeutel geringe Mengen Serums, im rechten Herzventrikel flüssiges schwarzrothes Blut, wenig Gerinnsel. Das Blut in allen grösseren Gefässen dickflüssig, schwarzroth, schmierig, die Gefässwände grösserer Arterien und Venen auch an der kranken Extremität nirgends pathologisch verändert. Die Haut

am rechten Arme grösstentheils von der Epidermis entblösst, dick, das Unterhautzellgewebe theils mit trüber seröser Flüssigkeit theils mit Jauche infiltrirt, nirgends grössere Abscesse, die Muskulatur blass, sonst makroskopisch keine pathologische Veränderung an derselben bemerkbar. Die Fascien und Muskelscheiden verdickt, serös infiltrirt, die Lymphdrüsen nicht wesentlich vergrössert, die Knochen normal, in den Gelenkhöhlen grössere Quantitäten Serums. An der linken oberen Extremität normaler Befund.

2. Fall. J. P., Offiziersdiener, 22 Jahre alt, mit Impfnarben, wurde am 29. März Nachmittags mit noch 7 seiner Kameraden mit der Lymphe einer und derselben Phiole geimpft und erkrankte am folgenden Tage, wie 5 der Uebrigen an Schüttelfrost, darauf Hitze, Kopfschmerz, Schwindel (ein rauschähnlicher Zustand), Erbrechen, Delirien; am folgenden Tage leichte Besserung der Allgemeinerscheinungen und Auftreten einer erisypelatösen Entzündung am linken Oberarme an der Impfstelle, welche sich ziemlich rasch nach allen Richtungen ausbreitete und unter bedeutender Infiltration der Haut (Schwellung) einherging.

Bei der Aufnahme in das Marodehaus heftiges Fieber, hochgradige Schwäche, Schwindel, Patient führt Selbstgespräche, wenn man sich mit ihm nicht beschäftigt, gibt aber auf Fragen ganz richtige Antworten: die Zunge trocken, Durst mässig, kein Appetit. Der linke Oberarm in seinem mittleren Drittel im ganzen Umfange intensiv geröthet, geschwellt, hart, gegen Berührung schmerzhaft. Aus den Impfstichen sickert eine gelbliche Flüssigkeit heraus, die Epidermis ist in der Umgebung abgelöst. Im weiteren Verlaufe breitet sich der Entzündungsprocess rasch nach oben gegen die Schulter und nach unten auf den Vorderarm aus, es treten furibunde Delirien ein, die durch 24 Stunden constant dauern, dann wird der Kranke ruhiger ohne jedoch bei Bewusstsein zu sein. An der Innenfläche des Oberarmes zeigen sich einzelne gangränöse Inseln, die Empfindlichkeit schwindet und ist nur noch an den Entzündungsgrenzen heftig. Der Zustand gleicht dem eines schweren Typhus, Stuhl angehalten, der Urin fliesst unwillkürlich ab.

Am 7. April kehrt das Bewusstsein vollkommen zurück, der Kranke gibt richtige Antworten, klagt über hochgradige Schwäche, eingenommenen Kopf und weiss sich an Nichts zu erinnern, was vom Tage der Erkrankung bisher mit ihm und um ihn vorgegangen



ist, wo er sich befindet u. s. w. Das Fieber ist beinahe ganz gegeschwunden, die Haut und Conjunctiva sind etwas icterisch, der Kranke verlangt nach Speise, erbricht jedoch den grössten Theil des Genossenen wieder. Delirien treten nicht mehr ein, der Kranke liegt fast unbeweglich auf dem Rücken, schläft nicht.

Die gangränösen Inseln vergrössern sich, fliessen in einander, bis schliesslich die innere Hälfte des Oberarmes von der Achselhöhle bis unter das Ellbogengelenk gangränös wird, der Process sich begrenzt und die Abstossung beginnt. Darm und Harnblase functioniren normal. Inzwischen schreitet der Entzündungsprocess in Form eines gewöhnlichen Erisypels nach abwärts bis an die Fingerspitzen, nach oben auf die Schulter und die linke Hälfte der Brust- und Rückenfläche, stellenweise treten Epidermisblasen auf. Am 11. April beginnender Decubitus am Kreuzbein, der rasch fortschreitet, sichtbares Abnehmen der Kräfte, Collapsus, linksseitige Pleuritis mit nachweisbarem Exsudate. Am 12. April einzelne Hämorrhagien in der Haut des Stammes, Sinken der Temperatur an der Peripherie, kleiner frequenter Puls, am 13. um 4 Uhr Nachmittag der lethale Ausgang.

Therapie. Im Beginne Chinin, Mineralsäuren, Eisumschläge auf den Kopf, local tiefe Incisionen, Bepinslung mit Jodsolution, Wärme, später roborirende Diät, Wein, Chinin, Verband mit Carbolsäure.

Sectionsbefund. Anämie und hochgradige Abmagerung, icterische Hautfarbe, Decubitus am Kreuzbeine, beiderseitige frische Pleuritis, rechts mit eitrigem Exsudate, beiderseitige hypostatische Pneumonie, Abscess im rechten unteren Lungenlappen, Fettleber im Beginne, breiig zerfliessende Milz, Abhebung der Haut am linken Oberarme durch Jauche, Gangrän derselben an der inneren Hälfte von der Achselhöhle bis zum Ellbogen; eitrige Infiltration und Abscesse am Handrücken, Vorderarm und in der Gegend des linken Brustmuskels, theerartige schmierige Beschaffenheit der Blutmasse ohne Gerinnsel.

3. Fall. G. K., Dragoner, 21 Jahre alt, wurde am 29. März revaccinirt, soll sich schon am 30. März unwohl gefühlt haben, meldete sich jedoch erst am 1. April marod, wurde am 2. nach Villach ins Marodehaus und am 5. Vormittags von dort in das Truppenspital abgegeben. Starke Bronchitis rechterseits, links sehr

mässig; in der Unterschlüsselbeingrube ein schmerzhaftes Infiltrat von mehreren Quadratzollen Ausdehnung unter dem Pectoralis major rechterseits. Am rechten Oberarme drei Impfstellen mässig geröthet und gelblich überkrustet, Puls normal, Appetit und Schlaf vermindert. Vom 15. bis 25. April sehr gutes Befinden, Patient stand an den warmen sonnigen Tagen täglich etwas auf; am 25. wurde eine fluctuirende Stelle in der rechten Achselhöhle incidirt und 1 Seitel ziemlich gutartigen Eiters entleert; später normaler Verlauf bis 3. Mai. Am genannten Tage stellte sich ein Schüttelfrost ein, am 5. ein zweiter Frostanfall, sodann täglich zwei Schüttelfröste bis 10. Mai, dabei Verfall, gelbliche Färbung, seit 7. Diarrhöen, vermehrte Erscheinungen in der rechten Lunge, am 8. Dämpfung rechts in der ganzen Ausdehnung, links nur Bronchialerscheinungen, Delirien, rascher Verfall der Kräfte, am 12. Mai Morgens Tod.

Sectionsbefund. Unter dem Pectoralis major eine grosse Abscesshöhle bis zur 4. Rippe, die Wände missfärbig, Drüsenvereiterung und Zellgewebsinfiltration, beiderseitige Pleuritis, ungemein zahlreiche Abscesse in beiden Lungen, Bronchialdrüsen nussgross rechterseits, Leber hochgradig vergrössert, missfärbig, schwärzlich braun, aus den Gefässlumina ergiesst sich gelbliche mit feinen Luftblasen gemischte Flüssigkeit, die Milz vergrössert, leicht zerreisslich, Pulpa dickflüssig, zwetschkenbreiartig, Nieren vergrössert, gelblichweiss, die Nierenkelche erweitert, enthalten eine schmutziggelbe, eiterähnliche Flüssigkeit, die Mesenterialdrüsen nussgross, schmutzig braungelb. Aufsteigender Dickdarm stellenweise injicirt. Sonst nichts Abnormes.

4. Fall. J. O., Officiersdiener, 22 Jahre alt, wurde am 29. März Nachmittags geimpft, fühlte sich schon am 30. März unwohl, meldete sich erst am 1. April krank und wurde am 4. April nach Villach ins Marodehaus, von dort am 5. nach Klagenfurt gebracht. Phlegmone beider Oberarme und des oberen Drittels des Vorderarmes mit gangränösem Zerfall der Haut, des Unterhautzellgewebes und der Fascien, Thrombose der Vena femoralis dextra und Gangrän der ganzen unteren rechten Extremität, dabei Diarrhöe und Tod am 2. Mai des Morgens.

Sectionsbefund ergab im Hirn nichts Anomales, die rechte Lunge in den oberen Partien angewachsen, sonst gesund. Die Leber stark vergrössert, Fettleber, Milz vergrössert, mit derbem Stroma



und leicht auspressbarer Pulpa, die beiden Nieren speckig entartet, Nierenkelche stark erweitert, im aufsteigenden Dickdarm grauweisse Infiltration der Follikel, stellenweise kleine Geschwürsbildung, die Peritonealdrüsen vergrössert.

5. Fall. M. P., Dragoner, 21 Jahre alt, wurde am 29. März Nachmittags revaccinirt, erkrankte bereits am 30. mit Frostanfällen, wobei sich die Impfstellen rötheten, und wurde, da die Richtung und Schwellung von den Impfstellen aus sich immer weiter verbreitete, am 4. April ins Marodehaus nach Villach und von dort am 5. April in das Truppenspital (Klagenfurt) abgegeben. Am linken Oberarm trockneten bald die Impfstiche ein, rechts aber schwoll der Arm immer mehr an. Die Schwellung umfasste die halbe Peripherie und der Mann fieberte leicht. Am 6. April wurde in die Mitte der Geschwulst ein tiefer Einschnitt gemacht und gutartiger Eiter in mässiger Menge entleert. Von da an rasche Abnahme der Geschwulst und Heilung ohne Zwischenfälle am 18. April.

6. Fall. W. W., Dragoner, 22 Jahre alt, vom Marodehaus in Villach mit Phlegmone am Oberarm übernommen. Diese hat nach der Impfung am 30. März, also am Tage nach der Impfung begonnen, u. z. unter allgemeinen Fiebererscheinungen. Ausgang in Heilung ohne weitere Störung.



Ueber Zwangsrevaccination.

Von

Dr. M. Reiter,

k. b. Central-Impfarzt.

(Nach dem ärztl. Intelligenzblatt, Sep.-Abdr.)

Nach §. 1, Ziffer 2 des Impfgesetzes für das deutsche Reich vom 8. April 1874 „soll der Impfung mit Schutzpocken unterzogen werden jeder Zögling einer öffentlichen Lehranstalt oder einer Privatschule mit Ausnahme der Sonntags- und Abendschulen innerhalb des Jahres, in welchem der Zögling das 12. Lebensjahr zurücklegt, sofern er nicht nach ärztlichem Zeugniss in den letzten 5 Jahren die natürlichen Blattern überstanden hat oder mit Erfolg geimpft worden ist".

Dies bedeutet in allen Gebieten des deutschen Reiches mit Ausnahme der acht ältern preussischen Provinzen und des Königreichs Sachsen die zwangsweise Einführung der Revaccination, obgleich im ganzen Impfgesetze der Ausdruck Revaccination oder Wiederimpfung nicht gebraucht ist. Bisher bestand in Deutschland die Zwangsrevaccination nur in den Herzogthümern Anhalt und Sachsen-Meiningen. In den übrigen deutschen Gebieten wurden bisher alle Kinder zwangsweise geimpft, ehe sie ein Alter von 11 Jahren erreichten, und ist für dieselben desshalb die zwangsweise Impfung im Laufe ihres zwölften Lebensjahres Zwangsrevaccination, weil sie schon früher vaccinirt worden sind. Dieses Verhältniss bezüglich der Zwangsimpfung zwischen den deutschen Gebieten und den 8 ältern Provinzen Preussens und dem Königreiche Sachsen trat bei Blatternepidemien zum Nachtheile der letztern ganz deutlich hervor. Bei der Blatternepidemie im Jahre 1871 kamen in Breslau, einer Stadt von 207.997 Einwohnern, 7054 Blatternkranke vor,



von denen 1181, sohin 16.74% ungeimpft waren, während in demselben Jahre im ganzen Königreiche Bayern mit 4,863.450 Einwohnern von 30.742 Blatternkranken nur 1313, sohin 4.3% nicht geimpft waren. In der Stadt München sind in den Jahren 1870—72 2268 theils geimpfte, theils ungeimpfte Menschen an Blattern erkrankt und 11.5% daran gestorben; in der Umgegend von Leipzig sind aber von den in den Jahren 1870—72 an Blattern erkrankten Geimpften und Ungeimpften 18.6% gestorben. Das Contagium der Menschenblattern wurde in den bemerkten Jahren durch französische Kriegsgefangene in ganz Deutschland verbreitet.

Im Impfgesetze für das deutsche Reich vom 8. April 1874 ist aber leider bezüglich der Durchführung der Zwangsimpfung im 12. Lebensjahre ein Unterschied zwischen den 8 ältern Provinzen Preussens und dem Königreiche Sachsen einerseits, und den übrigen deutschen Gebieten andererseits nicht gemacht, sondern es heisst §. 10 nur: „über jede Impfung also Vaccination und Revaccination wird nach Feststellung ihrer Wirkung von dem Arzte ein Impfschein ausgestellt. In dem Impfscheine wird unter Angabe des Vor- und Zunamens des Impflings sowie des Jahres und Tages seiner Geburt bescheiniget §. 10, Abs. 1 „dass durch die Impfung der gesetzlichen Pflicht genügt ist", oder Abs. 2 „dass die Impfung im nächsten Jahre wiederholt werden muss". Ob aber die Impfung bei einem Kinde schon vor Ablauf des auf sein Geburtsjahr folgenden Kalenderjahres zum ersten Male oder erst im Jahre, in welchem es das 12. Lebensjahr vollendet, zum ersten Male vollzogen wurde, und das 12jährige Kind sohin vaccinirt oder revaccinirt wurde, davon ist nirgends die Rede, und wird sohin die Wirkung beider Proceduren ganz gleich geschätzt. Nun wissen wir aber mit voller Gewissheit, dass jedes Kind, welches bei Anwendung aller Cautelen zum ersten Male geimpft wird, bei der Controle am 6.—8. Tage nach der Impfung bestimmt zeigt, ob die Impfung angeschlagen hat oder nicht, weil sich entweder Kuhpocken mit ihren charakteristischen Merkmalen gebildet haben, oder ein Erfolg nicht statt hatte. Ganz anders verhält sich aber die Sache, wenn ein Kind in früher Jugend schon vaccinirt wurde, und nach Verlauf mehrerer Jahre zum zweiten Male geimpft, resp. revaccinirt wird. Bei Kindern, welche im ersten Lebensjahre unter gehöriger Vorsicht mit Erfolg geimpft wurden, wird die Revaccination im 12. Lebensjahre vollkommene Blattern



nur bei einer geringen Anzahl hervorbringen. Die meisten Revaccinen werden sehr unvollkommen sein. Welche Revaccinen aber vollkommen und welche unvollkommen seien, ist durch bestimmte Merkmale nicht festgesetzt, wesshalb einige Revaccinatoren zweite Blattern zu vollkommenen zählen, welche andere zu unvollkommenen rechnen.

Als erfolglose Revaccinationen werden von den Schriftstellern nahezu 30% aufgeführt. Ganz erfolglose Revaccinationen gibt es aber nach meinen Beobachtungen nicht; selbst wenn man die Revaccination kurz hintereinander an demselben Individuum öfter vornimmt, vorausgesetzt, dass der verwendete Impfstoff sicher wirkend, und die Impfmethode gut ist. Die Ursache, warum erfolglose Revaccinationen statuirt werden, ist, weil sich viele Erfolge derselben so schnell entwickeln und rückbilden, dass man am Controltage kaum noch eine Wirkung sieht. Die Wirkungen der Revaccination sind nämlich sehr verschieden, je nachdem eine geringere oder grössere Empfänglichkeit für zweite Kuhpocken noch vorhanden ist. Es entwickeln sich theils nur Stippchen mit Erythem, theils Knötchen, theils Bläschen und theils ziemlich vollkommene Blattern, die unter sich der Art sich annähern, dass man nicht sicher sagen kann, bis hieher geht die meist unentwickelte Form und hier fängt die entwickeltere an. Nun waltet hiebei das constante Gesetz ob, dass sich die auf die Revaccination folgenden Ausschlagformen um so eher entwickeln und rückbilden, einer je tiefer stehenden Entwicklung sie angehören, und um so später, je entwickelter sie sind. Ein Stippchen mit Erythem wird sich schon in ein paar Tagen nach der Revaccination zu bilden und zurück zu bilden anfangen, während ein Knötchen und ein Bläschen schon länger, und die Blatter die längste Zeit braucht, um denselben Cyklus zu durchlaufen. Selbst die niedersten Formen der Revaccination (Revaccinen), die nach 8 Tagen kaum noch in ihren Residuen zu erkennen sind, verursachen häufig ein lästiges Jucken und ein unangenehmes Gefühl in der Achselhöhle. Der Kuhpockenstoff sucht immer die entwickelste Form, aus der er stammt, die Blattern, hervorzubringen. Bei ungeimpften Kindern entstehen auf die Impfung desshalb nur Blattern, nie Knötchen etc. Entsteht auf eine Revaccination nur ein Knötchen oder Bläschen, so ist dies ein Zeichen, dass eine Anlage zur höhern oder höchsten Form der Blattern nicht mehr vorhanden ist. Selbst die höchst entwickelten Revaccinen unterscheiden sich aber von den Vaccinen



durch einen etwas schnelleren Verlauf und eine geringere Ausdehnung; einige bleiben öfter ganz aus oder entwickeln sich zu einem sehr kleinen Umfang als Zeichen einer stattfindenden geringen Empfänglichkeit. Ihr Rand hat gewöhnlich vorspringende Winkel. Die Hautröthe ist oft unregelmässig, sich weit verbreitend. Angestochen geben die Revaccinen weniger und dünnflüssigern Stoff als die Vaccinen; sitzen nicht so tief in der Haut und hinterlassen flachere, sich in die Haut verwischende Narben. Im Zustande ihrer höchsten Entwicklung sind sie häufig bläulich, was wohl von einem Blutaustritt herkommen mag, der sich durch rauhe Behandlung derselben ergiebt, wie man auch bei zum ersten Male geimpften Kindern zuweilen einzelne Blattern mit Blut unterlaufen sieht, wenn sie unzart behandelt wurden.

Nach §. 10 des Impfgesetzes für das deutsche Reich vom 8. April 1874 wird über jede Impfung nach Feststellung ihrer Wirkung von dem Arzte ein Impfschein ausgestellt. In dem Impfscheine wird unter Angabe des Vor- und Zunamens des Impflings, sowie des Jahres und Tages seiner Geburt bescheiniget entweder Absatz 1:

„dass durch die Impfung der gesetzlichen Pflicht genügt ist", oder Absatz 2:

„dass die Impfung im nächsten Jahre wiederholt werden muss".

Da, wie schon oben erwähnt wurde, sowohl für Kinder, welche im Kalenderjahre, das auf ihr Geburtsjahr folgt, geimpft wurden, als solche, welche der Impfung im Laufe ihres 12. Lebensjahres unterworfen, sohin möglicher Weise revaccinirt wurden, dieselbe wörtliche Bescheinigung des Erfolges vorgeschrieben ist, so entsteht die Frage, soll der Impfarzt nur jenen revaccinirten Kindern den Impfschein, „dass der gesetzlichen Pflicht genügt ist", ausstellen, welche schöne Revaccineblattern bekamen oder auch jenen, welche nur einen Erfolg von Knötchen oder Bläschen hatten. Jedenfalls auch letzteren, weil angenommen werden muss, dass der Impfstoff wirkte und nur desshalb die entwickeltere Form in Gestalt einer Blatter nicht hervorbringen konnte, weil die Anlage hiezu fehlte. Entwickelt sich gleich das Knötchen schon innerhalb 3—4mal 24 Stunden, so wird der Impfarzt doch am Tage der Controle, den 6. oder 8. Tag nach der Impfung, immer noch eine kleine Anschwellung mit erblassender Röthe bemerken und erkennen können, dass eine Wirkung des Stoffes statt hatte.



Ein entgegengesetztes Verfahren würde das junge Institut der Zwangsrevaccination vexatorisch erscheinen lassen und unliebsam machen.

Nun frägt es sich, welche Entwicklungsstufe muss eine Revaccine erreichen, wenn man soll hoffen können, von ihr mit Sicherheit fortzuimpfen? Sie soll eine vollkommene Blatter sein und oben eine geschlossene Delle haben. Der Stoff der Revaccineblatter ist etwas dünnflüssig; gewöhnlich aber nicht so reichlich vorhanden wie in der Vaccineblatter. Der Stoff in den Revaccinebläschen ist wässerig und wirkt ganz unsicher, ähnlich dem Stoffe, der sich in Vaccinen herpetisch hautkranker Kinder bildet, die häufig auch nur die Entwicklungsstufe von Bläschen erreichen. Stoff von Revaccinebläschen, versuchsweise zum Impfen verwendet, hat unter 18—20 Versuchen nur einmal spärlichen Erfolg gehabt.

Man impft gegenwärtig unter Verlassung der übrigen Methoden nur noch mittelst des Stiches und mittelst des Schnittes. Wird der Impfstoff von einer Vaccine vom Arme genommen und unmittelbar auf den empfänglichen Arm eines Kindes mit reiner Haut verimpft, so schlägt er in geringster Menge in die geringste Verletzung gebracht ganz sicher an. Wenn man desshalb solchen flüssigen Impfstoff auf die Haut eines impffähigen Kindes legt und mit der feinsten englischen Nadel durch denselben ganz leicht in die Haut sticht, so wird sich ganz gewiss eine Blatter entwickeln, wenn man auch den Stoff gleich darnach abwischt. Geschieht die Impfung auf ein Individuum, bei dem man eine volle Empfänglichkeit nicht vorauszusetzen berechtigt ist, was, wie wir gesehen haben, bei allen zu Revaccinirenden der Fall ist, so ist es sicherer, ein $^1/_2$ Ctm. langes Schnittchen zu machen und den Impfstoff in grösserer Menge hinein zu thun. Die erstere Methode ist bei der erstmaligen Impfung der Kinder als vollkommen sicher zu empfehlen, weil man weniger Impfstoff braucht. Bei der Revaccination soll man wegen möglicher geringerer Empfänglichkeit nur die zweite Methode anwenden, weil sie viel sicherer wirkt, jedoch den Nachtheil hat, dass man wenigstens 6mal mehr Stoff braucht. Dr. Kranz hat in dieser Richtung entscheidende Versuche angestellt. Derselbe revaccinirte mit gleichem Stoffe 110 Recruten auf dem rechten Arme mit je 10 Stichen und auf dem linken mit je 10 Schnittchen. Der Erfolg war, dass 37 Mann am rechten Arme 101, und 73 am linken 353 Blattern bekamen. Die Schnittchen schlugen sohin bei fast noch einmal so



vielen Individuen an, und hatten $3^1/_2$mal so viele Blattern im Gefolge. Es war kein Mann dabei, welcher am rechten Arme Blattern und am linken keine gehabt hätte. Ist der Impfstoff jedoch sehr verdünnt, oder ist die Empfänglichkeit hiefür sehr gering, so wirkt er auch in Schnittchen nicht mehr. Bei jedem geimpften Kinde muss 8 Tage nach der Impfung der Impfstoff im ganzen Körper verbreitet sein, weil er an allen Theilen desselben eine Unempfänglichkeit für eine zweite Impfung bewirkt. Ich habe aber wiederholt mit Blut solcher Kinder, das ich auch von der Areola der Vaccinen nahm, andere Kinder mit Stich und Schnittchen geimpft; jedoch immer ohne Erfolg. Nun habe ich einmal einem ungeimpften Kinde ein Vesicans von der Grösse der Hälfte eines Kleinfingernagels gesetzt, und am folgenden Tage nach Abnahme der Haut der Vesicatorsblase Charpie mit Blut eines vor 8 Tagen geimpften Kindes auf die Wunde gelegt, und erhielt eine grosse Vaccine, welche das geimpfte Kind sehr angriff, als Beweis, dass der in sehr geringer Menge im Blute eines geimpften Kindes enthaltene Impfstoff noch ansteckt, wenn er in grosser Menge angewendet wird. Man soll desshalb auch bei bestehender voller Empfänglichkeit, aber bei unzuverlässiger Wirkung des Stoffes, die bei todtem Stoffe immer vorauszusetzen ist, nur mittelst Schnittchen impfen.

Für die Revaccination ergeben sich hieraus folgende Schlussfolgerungen:

1. Da wir mit aller Bestimmtheit wissen, dass der Impfstoff immer die möglichst entwickelte Form, nämlich die Blatter hervorbringt, wenn Anlage hiezu vorhanden ist, so müssen alle niederen Formen, als das Stippchen mit Erythem, das Knötchen etc. als solche angesehen werden, welche der gesetzlichen Pflicht der Revaccination genügen. Wenn der Impfarzt deshalb am Controltage auch nur eine verblassende Röthe oder ein sich zurückbildendes Knötchen sieht, so ist er berechtigt, den Impfschein in dieser Richtung auszustellen.

2. Da bei den zu Revaccinirenden gewöhnlich theils wegen der vorhergegangenen Vaccination, theils wegen spröderer Haut eine geringere Empfänglichkeit für die Wirkung des Impfstoffes stattfindet, so soll die Revaccination mit lebendigem Stoffe von Arm zu Arm vorgenommen werden und wo möglich von Vaccinen; von Re-

vaccinen, wenn sie schön entwickelt sind, kann er auch verwendet werden.

3. Da todter Stoff von Vaccinen immer unsicher wirkt, so soll jede mit selbem ohne Erfolg ausgeführte Revaccination mit Stoff von Arm zu Arm wiederholt werden, weil sonst mit todtem Stoff ohne Erfolg Revaccinirte von den Blattern, gegen die sie sich geschützt glauben, ergriffen werden können. Mir sind Fälle bekannt, dass mit todtem Stoffe ohne Erfolg Revaccinirte später von den Blattern befallen wurden und denselben erlagen.

4. Da der todte originäre Kuhpockenstoff und der mit Glycerin verdünnte noch viel unsicherer wirken als todter Vaccinestoff, so soll er nur im äussersten Nothfalle unter der Vorsicht der Nachimpfung im Misserfolge verwendet werden. Pissin macht selbst bekannt, dass originärer todter Stoff bei Vaccinationen 10 % Fehlimpfungen gibt. Ich liess mir zu zwei verschiedenen Zeiten im Sommer originären Stoff von Berlin kommen und impfte damit jedes Mal ein gesundes Kind mit je 5 Stichen auf jedem Arme. Ein Kind bekam keine Blattern und eines eine einzige. Wenn ich die beiden Kinder von Arm zu Arm abgeimpft hätte, hätte ich gewiss 20 Blattern bekommen.

Von der Unsicherheit des mit Glycerin vermischten Impfstoffes kann sich jeder Arzt selbst überzeugen, und sprechen auch die preussischen Militärrapporte gegen die sichere Wirkung desselben. Was sollen so unsicher wirkende Stoffe zu Revaccinationen auch dienen? Im Falle eines Misserfolges müssen beunruhigende Zweifel entstehen, ob der Stoff nicht wirkte oder eine Empfänglichkeit hiefür nicht stattfindet.

5. Da bei Revaccinationen mit Erfolg beständig Achselschmerz sich einstellt, so soll man nur auf einem Arme, dem linken, revacciniren, da der rechte dann zur gewöhnlichen Beschäftigung frei bleibt.

6. Da mehrere Kuhpocken einen sichereren Schutz gegen die Gefahr der Menschenblattern gewähren als wenigere, und überdies bei der Revaccination öfters einige Revaccinen ausbleiben oder sich schwächer entwickeln, so sollen 8 Schnittchen am Oberarme gemacht und bei allenfallsiger Stoffabnahme 3 Blattern unberührt bleiben.

7. Da sich zu den entwickelten Revaccinen Fieber gesellt, so müssen von der Zeit an, als sich Achselschmerz zeigt, alle aufregen-



den Geschäfte vermieden und Ruhe empfohlen werden. Bei bestehendem Fieber soll nicht revaccinirt werden.

8. Desshalb dürfen auch sensible Mädchen, wenn sie schon menstruirt sind, nur 8 Tage nach der Periode oder 14 Tage vor derselben revaccinirt werden, damit das Revaccinationsfieber nicht störend auf den Monatsfluss wirke. Mir ist ein Fall bekannt, dass eine zarte Dame, bei der man diese Rücksicht nicht nahm, während des gleichzeitigen Verlaufes des Revaccinationsfiebers und des Menstrualflusses in eine Geistesstörung verfiel, die sich wohl nach Verlauf dieser beiden Processe wieder gänzlich verlor, aber der Familie doch viele Sorge machte.

9. Da überdies wie bei jeder exanthematischen Krankheit das Hautsystem besonders angesprochen wird, so müssen die Schulkinder, wenn wegen Blatternausbruches eine ausserordentliche Revaccination zur Winterszeit oder bei heftigen kalten Winden vorgenommen wird, vom Schulbesuche dispensirt werden, wenn sie von der Schule weit entfernt wohnen. Mir sind Fälle bekannt, dass geimpfte kleine Kinder, welche 8 Tage nach der Impfung bei kalter Luft und starken Winden ausgetragen wurden, bald darauf von einer lobulären Lungenentzündung befallen wurden, der sie nach kurzer Zeit erlagen.

10. Da der Impfrothlauf nicht nur verimpfbar, sondern auch sehr bösartig ist, so muss die Revaccination gleich unterbrochen werden, wenn er sich zeigt. Im Jahre 1859 hatten wir hier in München einen grossen Militärstand. Bei der Revaccination der neu eingetretenen Mannschaft brach der Impfrothlauf aus, ergriff 16 Mann und tödtete 4. In der Stadt zeigte sich der Impfrothlauf sonst nirgends und konnten die öffentlichen Impfungen ungestört fortgesetzt werden.

11. Da die Revaccination von dem Augenblicke an, wo sie gemacht wird, nicht schon einen Ausbruch der Menschenblattern unmöglich macht, was aber viele Revaccinirte glauben, so müssen diese belehrt werden, dass, wenn sie bereits schon angesteckt sein sollten, die Blattern jedenfalls noch ausbrechen würden und dass sie auch innerhalb 9 Tagen, vom Zeitpunkte der Revaccination an gerechnet, noch jede Ansteckungsgefahr vermeiden müssten, weil sie innerhalb dieser Zeit noch angesteckt werden könnten. Ist die Ansteckung schon vor der Revaccination oder zu gleicher Zeit geschehen, so können die Blattern so bösartig werden, als wäre nicht

revaccinirt worden, und kommt dann der eigenthümliche Fall vor, dass die geimpften Kuhblattern, die dann den Menschenblattern ganz ähnlich sehen, sich mit einem rothen Hofe nicht mehr umgeben. Entsteht die Ansteckung so spät nach der Revaccination, dass sich der rothe Hof der Revaccinen voll entwickeln kann, so werden die Menschenblattern in der Regel sehr modificirt. Vor einem Ausbruch solcher modificirter Blattern ist man aber erst 21mal 24 Stunden nach der Revaccination gesichert, weil die Ansteckung am neunten Tage nach der Impfung noch möglich ist und die Blattern ein Incubationsstadium haben, das bis zu 12 Tagen dauern kann. Nur einmal habe ich bei einer ältlichen Frau, welche ihren blatternkranken Mann wartete, 11 Tage nach einer gelungenen Revaccination, nachdem sich der rothe Umkreis um die Revaccinen schon gebildet hatte und ich jede Gefahr beseitigt glaubte, noch Blattern ausbrechen sehen, welche einen tödtlichen Ausgang nahmen.

G. Armauer Hansen:

Undersögelser angaaende Spedalskhedens Aarsager.

Untersuchungen über die Aetiologie des Aussatzes.

(Berichte der norwegischen med. Gesellschaft in Christiania. 1874. Sep. Abd.)

In dieser Arbeit sucht der Verf. die Wahrscheinlichkeit der Contagiosität der „Spedalskhed" (Elephantiasis Graecorum) nachzuweisen, während er, insoferne man die Contagiosität als erwiesen annimmt, die von den meisten Forschern angenommene Heredität ganz in Abrede stellen will. Um eine festere Basis für die Discussion zu haben, sucht er erstens festzustellen, welche Krankheiten man als hereditäre bezeichnen soll, und namentlich zu beweisen, dass eine specifische, das heisst eine durch ein specifisches Gift hervorgerufene Krankheit nie hereditär sein kann. Hereditäre Krankheiten sind dem Verf. nach nur die angeerbten Bildungsanomalien, wie: überzählige Finger, Anomalien der Augen und Ohren u. s. w. Syphilis z. B. kann nicht in dieselbe Classe mit diesen Krankheiten kommen. Bei Syphilis nämlich wird ein fremder, nicht physiologischer Stoff, ein Gift, von den Eltern in den Organismus des Kindes übertragen, und man kann hier ebensowenig wie bei Variola, die auch als congenital auftreten kann, von Heredität sprechen, sondern die Uebertragung muss in diesen beiden Fällen als eine Ansteckung aufgefasst werden. — Ist also die Elephantiasis contagiös, meint der Verf., kann sie nicht hereditär sein.

Die sogenannte spontane Entstehung der Elephantiasis (das heisst wenn keine Vererbung nachgewiesen werden kann) die be-



kanntlich auch von den meisten Autoren angenommen wird, schreibt man gewöhnlich mehreren unspecifischen Ursachen, namentlich verschiedenen ungünstigen Lebensbedingungen zu, wie unzweckmässige Nahrung, Unreinlichkeit, häufige Erkältungen durch plötzliche Temperaturübergänge in Verbindung mit Durchnässung u. s. w. Der Verf. aber sucht zu zeigen, dass man nicht mit Wahrscheinlichkeit in solchen Momenten die Ursache der Elephantiasis suchen kann. So wird z. B. eine ebenso unzweckmässige, zum Theil dieselbe Nahrung auch in denjenigen Gegenden genommen, wo gar keine Elephantiasis vorkommt, und Seeleute sind ebenso vielen plötzlichen Temperaturveränderungen mit Durchnässung ausgesetzt wie Fischer, während man doch bei norwegischen Seeleuten gar keine besondere Disposition zu dieser Krankheit bemerkt hat. — Denjenigen vereinzelten Fällen von Spedalskhed gegenüber, die in solchen Gegenden auftreten, wo sonst keine Spedalskhed sich vorfindet, wo man also eine Vererbung auszuschliessen genöthigt ist, und wo auch eine Ansteckung nicht sehr wahrscheinlich sein kann, meint doch der Verf., dass es wenigstens in Norwegen schwierig sein wird, die Möglichkeit einer Ansteckung in Abrede zu stellen. — An der Hypothese von einem Miasma als Ursache der Krankheit geht der Verf. ziemlich leicht vorüber, indem er sagt, dass diese Vermuthung bekanntlich sehr wenige Stützpunkte hat. — Es bleibt also übrig, die Heredität und die Contagiosität einander gegenüber zu stellen. Der Verf. versucht erstens zu zeigen, dass die Heredität der Spedalskhed noch nicht bewiesen ist. Wenn man die Verwandtschaftsverhältnisse der mit Spedalskhed Behafteten nach einem grösseren Massstab untersucht, ist es durch die Arbeiten mehrerer Forscher (namentlich Höegh und Bidenkap) bestätigt, dass ziemlich constant nur $^1/_5$ bis $^1/_4$ der Behafteten leprose Vorfahren in gerade aufsteigender Linie hat, was der Verf. in Anbetracht anderer Umstände nicht hinlänglich findet, um die Heredität zu beweisen. Wenn man aber dasselbe Verhältniss in ganz kleinen, begrenzten Bezirken untersucht, kann es sehr beträchtlich schwanken. Ganz besonders macht der Verf. darauf aufmerksam, dass man in denjenigen Gegenden, wo die Spedalskhed verhältnissmässig neu entstanden ist, sehr selten Verwandtschaft zwischen den mit dieser Krankheit Behafteten vorfindet. Dies kann man sich nun ganz gut erklären, wenn man die Contagiosität annimmt. Die Resultate der von Prof. Boeck



unter den norwegischen Emigranten in Nordamerika vorgenommenen Untersuchungen (S. Nordisk medic. Arkiv, 3. B. 1. Heft) findet der Verf. auch nicht ganz überzeugend bezüglich der Heredität. Der Verf. meint nämlich, dass man in keiner von diesen Observationen die Möglichkeit ausschliessen kann, dass die Krankheit entweder von der Heimath mitgebracht oder durch Verkehr mit leprosen Emigranten in Amerika erworben sei. Die Patienten Prof. Boeck's waren alle in Norwegen geboren, und die längste Zeit, die von der Emigration bis zu der deutlichen Manifestation der Krankheit verflossen war, war 14 Jahre, was der Verf. für eine nicht unmögliche Incubationszeit hält. Doch macht er darauf aufmerksam, dass die ersten leichten Symptome des Spedalskhed oft nicht bemerkt werden, dass diese mehrere Jahre der deutlichen Manifestation der Krankheit vorausgehen können, und dass somit die Incubation nicht eine so lange zu sein braucht, als es oftmals scheinen wird. Der Verf. erkennt übrigens, dass Nordamerika aus mehreren Gründen als das beste Feld für Untersuchungen über die Heredität der Spedalskhed angesehen werden muss, aber um überzeugt zu werden, verlangt er Fälle von atavistischer Vererbung durch emigrirte Eltern, die selbst die Krankheit gar nicht gehabt haben, und solche Fälle liegen noch nicht vor. — Auch nach den Städten an der Westküste Norwegens, namentlich nach Bergen, findet eine stetige und ziemlich zahlreiche Emigration aus den Landdistricten statt, und man sollte somit erwarten, unter der Nachkommenschaft dieser Leute eine ziemlich grosse Anzahl von Leprösen in Bergen zu finden. (Bergen hat ungefähr 33,000 Einwohner). Seit dem Jahre 1856 sind jedoch nur circa 50 Fälle verzeichnet, und untersucht man, wie es sich mit diesen Kranken verhält, so ergibt es sich, dass die meisten dieser Fälle Individuen betreffen, die zum Theil schon erkrankt eingewandert sind oder nur wenige Jahre nach der Einwanderung erkrankt sind; demnächst kommen verhältnissmässig wenige Fälle vor bei in der Stadt selbst Eingeborenen; kein Fall kommt vor, der mit einiger Sicherheit als von Vererbung herrührend angenommen werden kann, und endlich hat man 4 Fälle, die mit der grössten Wahrscheinlichkeit als durch Contagium entstanden angesehen werden können; zwei von diesen letzteren waren durch mehrere Jahre bei den Elephantiasis-Hospitälern in Bergen angestellt gewesen. — Auch bei der Betrachtung der Verhältnisse in den Landdistricten

findet der Verf. mehrere Momente, die mehr für Contagium als für Hereditāt sprechen. So sieht man z. B., dass ein Mann, der viel mit einem mit Spedalskhed Behafteten zusammen arbeitete und verkehrte, später selbst angegriffen wurde und noch später die Frau dieses letzteren; als diese Frau Witwe wurde und wieder heirathete, bekam auch der letztere Mann die Krankheit; in den 3 Familien, zu welchen diese 3 Individuen gehörten, konnte kein einziger Fall von Elephantiasis nachgewiesen werden. Es wird auch angeführt, dass zwei Individuen, die aus ganz gesunden Gegenden, wo die Spedalskhed gar nicht vorkommt, eingewandert waren, später erkrankt sind. Auch einige historische Erläuterungen von dem Auftreten der Spedalskhed in den einzelnen Gegenden sind nicht ohne Interesse. In einem Thal, „Nöstdal", mit 3- bis 4000 Einwohnern, ist z. B. die Krankheit nicht vor dem Jahre 1820 vorgekommen; die erste hier Erkrankte war eine eingewanderte Frau und die nächsten drei Fälle kamen am Wohnort dieser Frau sämmtlich bei deren Nachbarn vor. Es ist auch zu bemerken, dass dieses Thal in den 50 Jahren, die seitdem verflossen sind, einer von den am stärksten angegriffenen Bezirken geworden ist. Mit diesen und anderen von der Art, in welcher die Krankheit in den verschiedenen Localitäten und in den einzelnen Familien und grösseren Familiengruppen auftritt, hergeleiteten Argumenten sucht der Verf. seine Meinung zu stützen. Er gibt jedoch zu, dass er noch keinen Beweis geliefert hat, sondern erklärt sich damit zufrieden, wenn es ihm gelungen wäre, die Richtung der Untersuchungen über die Aetiologie der Spedalskhed etwas zu ändern. — Seit dem Jahre 1860 kann man eine allgemeine stetige Abnahme in der jährlichen Zunahme von neu Erkrankten und also auch in der Zahl der Erkrankten überhaupt beobachten, und der Verf. glaubt für viele Bezirke diese Abnahme dadurch erklären zu können, dass die Isolirung der Erkrankten in den Verpflegungs-hospitälern in den unmittelbar vorausgehenden Jahren eine mehr allgemeine und effective geworden ist. Um dies zu illustriren, findet sich eine Reihe von statistischen Tabellen vor. Es ist jedoch, was auch der Verf. sagt, aus diesen Tabellen ersichtlich, dass die Isolirung nicht als die einzige Ursache dieser Abnahme angesehen werden kann. Man konnte auch sagen, dass diese Wirkung der Isolirung ebenso gut für die Heredität sprechen könnte, was indessen



dadurch widerlegt wird, dass die Abnahme schon sehr schnell nach dem Inslebentreten dieser mehr allgemeinen Isolirung gespürt wird. — Inwiefern die Spedalskhed, wenn man sie als eine specifische, contagiöse Krankheit auffasst, auch ganz wie bei der Syphilis durch Ansteckung auf die Kinder übertragen werden kann, kann der Verf. weder läugnen noch bestätigen. Die grosse Seltenheit der Spedalskhed in den ersten Lebensjahren spricht doch gegen eine solche Uebertragung. Der Verf. erwähnt bei dieser Gelegenheit, dass nach seinen letzten Untersuchungen die Hoden immer afficirt sind und zwar, wie es scheint, gleich vom Anfang der Krankheit; die Producte der leprosen Affection finden sich nicht nur im intertubularen Bindegewebe, sondern auch in den Samenkanälchen selbst. — Der Verf. theilt auch einige Resultate seiner mikroskopischen Untersuchungen mit, welche vielleicht auch in der Zukunft Beiträge liefern können, um die Frage über die Specificität oder Nicht-Specificität der Krankheit zu unterscheiden. — Auch in dem Gesammtverlauf der Krankheit mit den intercurrenten Latenzperioden und in der Weise, in welcher sich die einzelnen localen Affectionen entwickeln und weiterschreiten, findet der Verf. eine Stütze für die Annahme der Specificität der Elephantiasis, die in den genannten Beziehungen am meisten mit Syphilis Uebereinstimmungen darbietet, was näher demonstrirt wird. — Der Arbeit sind 69 Geschlechtsregister als erläuternder Anhang beigefügt.

Dr. **Caesar Boeck.**



Ein seltsamer Krankheitsfall.

Von

Dr. **Hans Hebra,** klin. Assistent.

(Aus dem Berichte der Klinik für Hautkranke des Prof. Hebra in Wien für 1873.)

Unter der Diagnose Neoplasma wurde ein Kranker auf der Wiener dermatologischen Klinik geführt, der ein früher noch nicht beschriebenes Bild darbot, und dessen Krankengeschichte vorläufig nur in Kürze geschildert wird, während eine genaue Beschreibung einer speciell darüber handelnden Arbeit vorbehalten bleiben soll.

Am 8. August 1872 trat der aus Pullendorf an der niederösterreichisch-ungarischen Grenze gebürtige, 47 Jahre alte Schneider Buisz Stephan in die Klinik ein. Er gab an, vor Beginn seines gegenwärtigen Leidens stets gesund gewesen zu sein und soll letzteres, und zwar im Gesichte vor zwei Jahren begonnen haben.

Bei der Aufnahme findet man einen grossen Theil der Hautoberfläche von theils flachhandgrossen, einzeln stehenden, theils ganze Strecken einnehmenden, confluirenden, hie und da mit zahlreichen Bläschen versehenen, nässenden, oder mit Borken bedeckten, oder schrundigen, oder im Stadium der Desquamation befindlichen, einem Eczeme vollständig ähnelnden Stellen bedeckt. Fast alle diese Stellen besitzen ein so derbes Infiltrat, dass nicht wenige unter ihnen über das Normalniveau bis zu zwei und drei Linien erhaben sind. Zwischen diesen Infiltraten befinden sich erkrankte Hautpartien, bei denen der Process offenbar eine retrograde Metamorphose eingegangen, in Involution begriffen, während bei anderen eine Solution der Infiltrate eingetreten ist.



Erstere stellen verschieden grosse, gar nicht erhabene, dunkle, pigmentirte Flecke dar, während bei letzteren sich viele kleine Zerfallsstellen vorfinden.

In der Mitte der eczematösen Stellen oder auch an deren Peripherien bemerkt man theils teigigweiche, theils härtere, thalergrosse, bis drei Quadratzoll messende, flache, geschwulstartige Erhabenheiten. Im Gesichte ist besonders die Härte dieser Neubildungen auffallend und sie bilden dort mässig geröthete, einige Linien hohe Erhabenheiten. Hin und wieder findet sich eine weniger vascularisirte, daher geringer geröthete, mehr flache Wucherung, die pilzartig aufsitzt.

In der Mitte der Innenfläche des rechten Oberarmes und nahezu symmetrisch an der Innenfläche der beiden Oberschenkel, etwa zwei Zoll unter dem Poupart'schen Bande befinden sich taubeneigrosse, gestielt aufsitzende, durch an der Oberfläche sichtbare Furchen lappige, elastisch anzufühlende, in der Peripherie ziemlich dunkel pigmentirte, an ihrer Oberfläche excoriirte Tumoren.

Die Lymphdrüsen allenthalben geschwellt, besonders die an dem rechten Process. mastoideus.

Patient klagt über heftiges Jucken, das so lästig wird, dass er die Nächte schlaflos verbringt. Auf Einstreuen mit Amylum verringert es sich.

25. August. Es entwickelten sich nässende Stellen am behaarten Hinterhaupte. Am Nacken, innerhalb einer gerötheten, stark entwickelten Papillenwucherung, mehrere Pusteln, aus denen sich und zwar aus ziemlicher Tiefe Eiter entleert. — 9. September. $1^1/_2$ Zoll unterhalb und nach aussen vom l. Olecranon ist eine bis thalergrosse, geröthete Hautstelle, an deren einer Hälfte deutliche Fluctuation, an der zweiten eine Schuppenauflagerung, die durch stecknadelkopfgrosse Börkchen durchsetzt ist, bemerkbar ist. Die Decke der fluctuirenden Hälfte ist mehrfach perforirt; die Perforationsöffnungen selbst sind durch necrotisches Gewebe missfärbig und fliesst dicker, mit Blut gemengter Eiter aus denselben aus; bei Berührung der beschriebenen Partie heftiger Schmerz. — 10. September. Nebst Eiter entledigte sich die fluctuirende Stelle eines necrotischen Gewebspfropfes, dem entsprechend eine Vertiefung zurückgeblieben ist. — 14. September. Eitermenge sehr gering, Reinigung der Wunden geht gut vor sich. —



25. September. Die Hautdecke der abscedirenden Gewebspartie hat sich angelegt, die Röthe abgenommen, das Infiltrat verringert. — 5. October. Befinden des Patienten gut. — 17. October. Im Verlaufe der letzten Tage haben sich an der Ulnarseite des rechten Vorderarmes drei neue Efflorescenzen gebildet. Die eine, etwa groschengross, ist kaum erhaben, gelbröthlich gefärbt, schuppend, die zweite ähnlich, mehr erhaben, mit geringem Infiltrat, die dritte etwa 2 Linien erhaben, zwanzigergross, chamoisfarbig, teigig anzufühlen, nicht schmerzhaft. Allgemeinbefinden wohl, kein Fieber. — 20. October. Am linken Oberarme bildet sich eine zwanzigergrosse, der letztbeschriebenen ähnliche Efflorescenz. — 1. November. An den bezeichneten Hautpartien nur geringes Wachsthum bemerkbar. — 10. November. Schwellung der rechtsseitigen Achseldrüsen. — 18. November. Die rechtsseitigen Achseldrüsen etwa auf zwei Faustgrössen geschwellt, die Haut darüber stark geröthet. — 19. November. Patient fiebert mässig. — 20. November. Das Jucken, das sich ziemlich verringert hatte, wird stärker, besonders in den Kniekehlen; selbe werden daher versuchsweise eingetheert. — 21. November. Eine von 24stündiger Harnmenge gemachte Analyse ergibt wenig Abnormes. Sediment sehr gering, aus normalem Schleimsecrete und Pflasterepithel bestehend. Kein Albumen nachweisbar, Uroxanthin sehr stark vermehrt. — 22. November. Die abscedirende Achseldrüsengeschwulst wird incidirt; es entleert sich eine Menge von gegen 4 Unzen Eiters. — 23. November. In der linken Schulterblattgegend entwickelt sich ein Abscess; ist am 25. November ganseigross, wird eröffnet, wobei sich viel Eiter aus der Tiefe entleert. — 28. November. Der Theer bringt gute, juckenvermindernde Wirkung hervor; er wird daher auch an den Oberschenkeln und am 4. December am ganzen Körper, inclusive Antlitz, zweimal täglich angewendet. — 5. December. Harn olivengrün (Theerwirkung), daher das Eintheeren ausgesetzt wird. — 8. December. Jucken mässig. Die Plaques an den Armen theilweise involvirt. — 10. December. Diachylonsalbe auf die excoriirten Stellen am Rücken und im Gesichte. — 15. December. Harn normal gefärbt. Seit 4 Tagen kein Fieber. — 17. December. Sämmtliche Plaques mit Ausnahme der excoriirten Stellen eingetheert. — 1. Jänner. Jucken geschwunden, mit dem Eintheeren ausgesetzt. — 10. Jänner. Während die meisten Plaques noch zeitweise nässend sind, haben sich

die Infiltrate am Rücken vollständig involvirt, so dass solche Partien blassroth, nicht elevirt erscheinen; am Halse und linken Ellbogenbuge haben sich hingegen solche Partien unter fortwährendem Nässen zu mächtigen ganseigrossen, mehr weniger kugelförmigen Geschwülsten entwickelt, die gleichmässig elastisch anzufühlen sind. Die bei der Aufnahme beschriebenen, lappigen Knoten sind stellenweise in Eiterung begriffen und exfoliiren sich oberflächlich. Mässiges Fieber. — 13. Jänner. $^1/_2$ Zoll vom Processus mastoideus entfernt nach abwärts bildete sich eine taubeneigrosse Geschwulst, über welcher die Haut geröthet ist; bei Berührung nicht schmerzhaft, wenig verschiebbar. Fieber dauert fort. — 19. Jänner. An der eben bezeichneten, sowie an anderen Geschwülsten, tritt eiteriger Zerfall ein. Fieber anhaltend. — 20. Jänner. Sublimatbäder angeordnet. — 25. Jänner. Nach dem Bade ein heftiger Frostanfall mit darauffolgender Hitze eingetreten. Temperatur 40·2. — 26. Jänner. Temperatur 39·9; Schüttelfrost; an mehreren Stellen auftretendes Erisypel. — 27. Jänner. Temperatur 39·4. Ueber den ganzen Stamm verbreitet sich eine zusammenhängende Röthe mit leichter Schwellung, in der Peripherie zungenförmige Ausläufer. Morgens Schüttelfrost. Seit Mittags Delirium. 7 Uhr Abends Tod.

Sectionsbefund: Körper gross, mager, die allgemeine Decke blass, Kopfhaar grau, die Pupillen weit, die linke weiter als die rechte. Hals dick, Brustkorb mässig gewölbt, Unterleib gespannt, die unteren Extremitäten im Kniegelenke gebeugt, sehr starr.

Im Gesichte die Haut an beiden Lidern, auf der rechten Seite der Stirne, dem Nasenrücken und den Mundwinkeln, auf der linken Wange mit weissbestaubten, braungelben Borken bedeckt, darunter die Lederhaut geröthet, feucht, geschwellt.

Am Halse über dem Zungenbein ein auf beiden Seiten von diesem sitzender, nach unten je ein zweiter bei $1^1/_2''$ langer, bis $1''$ breiter, $4—5'''$ hoher, derb elastischer Knoten, der von einer braungelben Borke bedeckt ist und unter derselben geröthet blossliegt. Kleinere solche Knoten befinden sich in der Supraclaviculargegend. Ueber beiden Schlüsselbeinen die Haut geschwellt, die Epidermis abschuppend.

In beiden Achselhöhlen, den vorderen Achselfalten, den beiden Ellbogenbeugen, in der Leistengegend und der inneren Oberschenkelfläche sind flachere und höhere, theils derbe, theils weichere, aber



immer etwas elastische Knoten von Pflaumen- bis Wallnussgrösse und darüber, gleiche Beschaffenheit wie die am Halse zeigend, oder von einer verdickten, schmutzig pigmentirten Epidermis bedeckt.

An der Aussenseite des rechten Vorderarmes ein mit einer schmalen Basis aufsitzender, tetraedrisch geformter, stark gerötheter Knoten.

Alle diese Knoten bestehen aus einer grauen, grauröthlichen, zum Theil halbdurchsichtigen, ziemlich succulenten, in der Cutis eingelagerten, bis in den Papillarkörper vordringenden Aftermasse, die keine deutlichen Grenzen gegen das gesunde Cutisgewebe aufweist. In einzelnen der Knoten ziehen von der Basis, resp. dem Unterhautzellgewebe dichtere, weissere Gewebsstränge durch diese Masse, gegen die Peripherie ausstrahlend und sich verdünnend. Nur der Knoten am rechten Oberarm ist sehr dicht, wie faserig und gefässreich.

Ausserdem finden sich, namentlich an den unteren Extremitäten und in der Unterbauchgegend, Stellen bis zu Handtellergrösse, zum Theil noch etwas erhaben, zum Theil schon ganz flach, alle dunkler, ins Bräunliche pigmentirt, erstere mit in grossen Schuppen sich ablösender Epidermis bedeckt, letztere nur rauh von der rissig auseinanderweichenden Oberhautdecke. Neben diesen finden sich kleinere Stellen von Thalergrösse und darüber am Rumpfe und den unteren Extremitäten, wo die Haut zwar etwas welk, aber sonst normal, nur bräunlich pigmentirt erscheint.

Auf der Rückseite in der Gegend beider Schulterblätter und zwar links in einer Ausdehnung von nahezu zwei Handflächen die Haut geschwellt, die Epidermis abgängig, die Lederhaut geröthet, feucht, blossliegend. Diesen Stellen entsprechend zeigt der Querschnitt nur eine Schwellung der Cutis in den tieferen Schichten mit stärkerer Injection und Succulenz.

Das Schädeldach dick und compact, die inneren Hirnhäute und das Gehirn mässig mit Blut versehen, in den Hirnhöhlen bei zwei Drachmen klaren Serums. Die Lymphdrüsen am Halse und auch in anderen Gegenden geschwellt, theils geröthet, theils weisslich und in der rechten Fossa supraclavicularis kleine Eiterherde zeigend. Das Zellgewebe in der Umgebung eiterig infiltrirt.

Die Lungen im grössten Umfange angeheftet, substanzarm, vorne gedunsen, hinten blutreich; in den Unterlappen an kleineren



Stellen atelectatisch; in den Bronchien reichlicher Schleim und einzelne derselben vereitert.

Im Herzbeutel $^1/_2$ Drachme klaren Serums, Herz schlaff, sein Fleisch blass, leicht zerreisslich, in seinen Höhlen wenig Fibrin und flüssiges und locker geronnenes Blut.

In der Bauchhöhle einige Unzen eiterigen Exsudates und zwar in der Beckenhöhle angesammelt; das Bauchfell leicht geröthet, mit einer dünnen eiterigen Exsudatschichte überkleidet. Die Leber gross, fetthaltig, blass; in ihrer Blase hellgelbe, dünnflüssige Galle. Die Milz etwas geschwellt, weich. Magen und Därme mässig von Gasen ausgedehnt; Schleimhaut des ersteren intensiv grau, gewulstet; jene des Dünndarmes blass, die des Dickdarmes stellenweise geröthet, breiig abstreifbar. Beide Nieren schlaff, in der Harnblase einige Drachmen klaren Harnes.



Bericht über die Leistungen

auf dem

Gebiete der Dermatologie und Syphilis.

Hautkrankheiten.

1. **Röhrig.** Die Haut als Applicationsorgan. (Jahrb. für Kinderkrankh. VII. 3. 1874.)
2. **Klug F.** Untersuchungen über die Wärmeleitung der Haut. (Zeitschr. f. Biologie. X, 1874.)
3. **Thiersch.** Ueber die feineren anatomischen Veränderungen bei Aufheilung von Haut auf Granulationen. (Langenbecks Archiv, 17. Bd., 2. Heft. 1874.)
4. **Gaskoin.** Ueber den Zusammenhang zwischen Asthma und Hautkrankheiten. (Lancet, 28. März 1874.)
5. **Beard.** Chronisches Eczem der Extremitäten, mit Electricität behandelt. (Arch. of Derm. 1874. I.)
6. **Bulkley.** Herpes zoster frontalis, mit Erfolg durch Electricität behandelt. (Arch. of Derm. 1874. I.)

Röhrig (1) stellt folgende Behauptungen auf: Die unversehrte Hautoberfläche erweist sich für organische wie unorganische Substanzen absolut undurchgängig, wenn dieselben nicht gasförmig oder äusserst fein zerstäubt oder endlich in einer solchen Aggregatform angewandt wurden, dass sie durch die Hautsecrete in gasförmige oder die Epidermis corrodirende umgewandelt werden können. Die kräftigsten physikalischen Effecte werden durch Kälte und Wärme erzielt; durch erstere werden die sensiblen Hautnerven anfänglich gereizt, später abgestumpft, ja vollständig anästhetisirt. Die Wärme wird am besten vertragen als trockene und die heissen Sandbäder können selbst bis 50⁰ C. stundenlang ohne Nachtheil vertragen werden. Die gewöhnliche Wirkung der nassen Einwicklungen ist eine mässige Erhöhung der Hauttemperatur und der physiologische



Effect Wärmeretention in der Haut. Ausserdem wird die Epidermis durch Imbibition und Aufquellen weicher und die Cutis zur Resorption von Exsudaten geeigneter gemacht. Bei Anwendung von Salben kömmt der grössere Theil des Erfolges auf die mechanische Einwirkung des Streichens und Frottirens. (Wenigstens würden die Salben ohne letzteres nicht unter die Epidermis gelangen. Ref.)

Was die chemische Einwirkung gewisser Arzeneien betrifft, so brauchen dieselben unserem subjectiven Gefühle kaum zum Bewusstsein zu kommen, und ihre Wirkung kann doch vorhanden sein, wie z. B. bei Sool- und kohlensäurehältigen Bädern die Tastempfindlichkeit erhöht wird, ohne dass ein subjectiver Reizeindruck bis zum Gehirn fortgepflanzt wird. Die Soolbäder bewirken durch ihre Haloide eine chemische Auflösung der Epidermiszellen und wirken so irritirend auf die Hautnerven. Den Soolbädern schliessen sich die Seebäder als kalte bewegte Bäder an. In den Kohlensäurebädern ist die Beimischung der Kohlensäure das wirksame Princip; sie durchdringt die unverletzte Epidermis und ihre Wirkung gibt sich als prickelndes, juckendes Gefühl, sowie als Wärmeempfindung zu erkennen. Die Steigerung der Wirkung bis zur Kohlensäurenarkose dürfte wahrscheinlich auf Rechnung der mit der Respiration eingesogenen Kohlensäure zu setzen sein. Bei Schwefelbädern wird nach R. der Schwefelwasserstoff im Bade von der Haut aus resorbirt; ist das Bad mit dem Gase vollständig gesättigt, so kann selbst der Tod nach längerer Zeit erfolgen. Die gewöhnliche Wirkung besteht in einer örtlich reizenden, die Tastnerven chemisch erregenden. Was die entfernteren Wirkungen der Bäder betrifft, so bestehen dieselben in der Fortpflanzung der Erregung peripherer Nervenenden auf Gehirn und Rückenmark, um von hier aus die wichtigsten Lebensvorgänge zu influenziren. Indem wir die Wasserbehandlung bei Entzündung und Fieber als hinlänglich bekannt und gewürdigt hier übergehen, führen wir weiter an, dass schwache Hautreize die Herzaction beschleunigen, starke eine Pulsverlangsamung bewirken. Kühle Bäder zwischen 24 bis 27° R. werden ohne Gefässaufregung vertragen, ja wirken sogar beruhigend, wenn sie mit Mässigung angewandt werden. Jede reflectorische Erregung der Hautnerven setzt die Respirationsfrequenz dauernd herab und zwar ausgiebiger das kalte als das warme Bad. Ferner tritt nach der Hauterregung durch Sool- und Seebäder eine ver-



mehrte Ausscheidung der Harnstoffmenge ein (Beneke); die ganze Vermehrung in 24 Stunden betrug 1—2 Grm.; freilich eine kaum nennenswerthe Ziffer, wenn man den gesammten Stoffumsatz des Körpers darnach bemessen wollte. Die vermehrte Diurese nach Bädern, namentlich nach Soolbädern, wo die Nachwirkung eine längere ist, kann dazu benützt werden, einerseits einen zu concentrirten Harn zu verdünnen, andererseits abnorme Wasserausscheidungen (Diarrhöe, Schweisse) zu beschränken.

Energische Erregungen beliebiger Hautstellen lösen in dem blossgelegten Uterus deutliche Contractionen aus; daher Senfteige, Jodtincturen, kalte Umschläge auf die Bauchhaut mit Recht gegen atonische Zustände der Gebärmutter seit langem angewendet werden.

Endlich bewirkt eine Erregung sensibler Hautnerven eine Verlangsamung der Gallenabsonderung und zwar durch Vermittlung der reflectorischen Gefässcontractionen der Leber und der Gedärme.

Klug (2) bestrich ein Stückchen Haut mit Cacaobutter. Hierauf theilte er diesem durch einen Metalldraht Wärme mit. Das schmelzende Fett zog sich nun zu den kühleren Punkten hin, wodurch isotherme Curven entstanden. Auf dem Rücken und dem Bauch waren diese Curvenbilder kreisförmig, daher die Wärme nach allen Richtungen hin gleich geleitet. Auf der Brust, sowie auf der Vorderfläche des Oberschenkels, des Ober- und des Unterarmes waren sie elliptisch. Bei einem anderen Versuche, wo Klug so vorging, dass er zwischen zwei verschieden warme Körper die Haut so einschaltete, dass nur durch diese die Wärmeausgleichung stattfinden konnte, ergab es sich, dass diese um so später erfolgte, je grösser das Fettlager war. Ausserdem fand er, dass die Epidermis ein sehr schlechter Wärmeleiter ist, während das Corium, je dünner es ist, um so besser die Wärme leitet.

Thiersch (3) transplantirte auf eine grosse Granulationsfläche eines zur Amputation bestimmten Unterschenkels eine Anzahl von Hautstückchen von der Grösse eines Quadratcentimeters, welche die ganze Dicke der vom Fettgewebe sorgfältig befreiten Cutis enthielten, und zwar wurden die einzelnen Transplantationen verschieden lange Zeit vor der Amputation gemacht, die letzte 18 Stunden vorher. Nach der Amputation wurde das Bein mit Gerlach'scher



Injectionsmasse injicirt und die zur mikroskopischen Untersuchung bestimmten Partien in Alkohol gehärtet. Die Ergebnisse der Untersuchung waren folgende:

1. Die Anheilung geschieht ohne eine Schichte structurloser Kittsubstanz.

2. Das Blut gelangt aus den Granulationsgefässen durch intercellulare Gänge der obersten Schichte des Granulationsgewebes in die Gefässe der transplantirten Hautstückchen und zurück.

3. Die Gefässe der aufgeheilten Hautstücke fangen dann an buchtig zu werden, Sprossen zu treiben und bekommen so einen mehr embryonalen Charakter, den sie erst nach einigen Wochen wieder verlieren.

4. Zuweilen heilt nicht das ganze Hautstück an, sondern nur seine untere Schichte mit darin eingeschlossenen Schweissdrüsen, von welchen aus, trotzdem die Transplantation anfangs fehlgeschlagen scheint, nachträglich Epidermisbildung ausgehen kann.

Bezüglich des Punktes 1 bemerkt der Verfasser ausdrücklich: „eine moleculare Gerinnung im Bereiche der Berührungsfläche ist natürlich nicht ausgeschlossen, ja dieselbe kann wohl als nothwendige Vorbedingung jeder Verklebung betrachtet werden".

Schon 18 Stunden nach der Transplantation gelangte die Injectionsmasse aus den Granulationsgefässen durch intercellulare Gänge in die Gefässe des transplantirten Hautstückes. Die definitive Verbindung findet statt, indem ein Theil der intercellularen Gänge sich zu Gefässen umbildet. Die geringen praktischen Resultate von Reverdins Methode für die definitive Heilung grosser Defecte schreibt Th. dem Umstande zu, dass die oberste Schichte der Granulationen oft zu solider Narbenbildung ungeeignet sei; er hofft, man würde vielleicht bessere Erfolge in dieser Richtung erzielen, wenn man erst die obere Schichte der Granulationen abtrüge und nach Aufhören der Blutung (vielleicht erst nach Beginn der neuen entzündlichen Reizung) die Hautstückchen auf den strafferen Untergrund der Granulationen aufsetzte.

Gaskoin (4) behauptet, dass zwischen Hautkrankheiten und Asthma (im weiteren Sinne) ein gewisser Zusammenhang bestehe. Unter 2000 beobachteten Fällen von Hautaffectionen (Syphilis und parasitäre Affectionen ausgeschlossen) sei Asthma bei 141, worunter



56 Psoriasis-Fälle, vorhanden gewesen. (Natürlich sind da auch Eczeme vom Waschen, Erfrierungs- und Erhitzungserytheme u. s. w. gerechnet. Zweifelt der Autor nicht ein wenig an deren Zusammenhang mit „Asthma"? Ref.)

Beard (5) wendete den galvanischen Strom gegen chronisches Eczem an, aber nicht local, sondern central (! Ref.). Nach drei Sitzungen soll bedeutende Besserung des Hautleidens (? Ref.), kurze Zeit nach der ersten Sitzung schon Verminderung des Juckens eingetreten sein. Verf. führt noch einige ältere Fälle von sich und Kinsman an, in welchen der galvanische Strom ebenfalls gut gewirkt haben soll. Direct wird behauptet, dass in einem Falle in dem Augenblicke, wo der Strom durch das Rückenmark geleitet wurde, das Jucken aufgehört habe.

In einem sehr schmerzhaften Falle von Frontal-Zoster wendete Bulkley (6) den constanten Strom (11—16 Elemente) local an. Der Schmerz verminderte sich sehr bald nach der ersten Application. Zugleich soll die Eruption schneller vertrocknet sein.

7. **Oppenheim.** Zur Casuistik des gleichzeitigen Vorkommens zweier acuten Exantheme [Varicellen und Masern]. (Oest. Jahrb. f. Pädiatrik. 1874. I. Bd.)
8. **Senator.** Ueber das Verhältniss der Varicella zur Variola. (Jahrb. f. Kinderheilk. N. F. VII. 1874.)
9. **Lothar Meyer.** Ueber Pocken beim weiblichen Geschlecht. (Beitr. d. Ges. f. Geburtsh. II. 2. 1873.)
10. **Albu.** Wann sollten die Kinder zum ersten Male geimpft werden? (Oest. Jahrb. f. Pädiatrik. 1874. II. Bd.)
11. **Grüll.** Einige Ansichten, Beobachtungen und Erfahrungen über die bisherige Methode der Blatternimpfung bei Menschen und über die Schutzkraft der wirklichen Kuhpockenlymphe. (Virchows Archiv, Bd. 61, Heft 1. 1874.)
12. **Kassowitz.** Ueber einige seltene Vorkommnisse bei Masern. (Oest. Jahrb. f. Pädiatrik, 1. Bd. 1874.)
13. **Betzold.** Keratomalacie nach Morbillen. (Berl. klin. Woch. 1874, Nr. 33.)



14. Henoch. Ueber Nephritis scarlatinosa. (Berl. klin. Wochenschrift. 1873. Nr. 50.)

15. Taylor. Nasse Einwicklungen bei Scharlach. (Lancet, II. 20. 1874.)

16. Mayer. Bemerkungen zur Behandlung von Diphtheritis und Scarlatina. (Jahrb. f. Kinderheilk. VII. Bd. 1874.)

17. Smith. Rötheln. (Arch. of Derm. 1874. I.)

18. Roth. Ueber Rubeola. (Deutsches Archiv für klin. Medicin. 14. Bd. 5. u. 6. Heft. 1874.)

Oppenheim (7) fand während einer Masernepidemie in Petersburg die kleine, 9 Jahre alte Antonie K., die noch vor 4 Tagen ganz gesund gewesen sein sollte und die Schule besucht hatte, mit einer Temperatur von 39·8° C., Puls 120; etwas belegter Zunge, über starke Kopfschmerzen klagend. Im Gesicht und an den oberen Extremitäten waren einige einzeln stehende kleine Pusteln. Der Rücken und die Brust waren mit dergleichen Pusteln reichlicher versehen.

Die Eruption soll erst seit demselben Morgen (13. April) stattgefunden haben, nachdem die Kleine am Abend zuvor stark gefiebert hatte und seit 3 Tagen über allgemeines Unwohlsein, Glieder- und Kreuzschmerzen geklagt haben sollte. Dabei nicht die geringste katarrhalische Affection der Schleimhäute.

Die Diagnose wurde also auf Varicella gestellt. Die Behandlung war indifferent.

Am 14. April Morgens war die Temperatur 37·8, Puls 90. Der Verlauf der Pusteln war ein normaler; der rothe Hof, der sie umgab, war nicht von bedeutender Grösse und blassroth. Der Inhalt molkig trüb; einzelne von den Pusteln hatten eine Delle. Die kleine Patientin schien aber an diesem Tage missgestimmt, zugleich klagte sie wieder über Kopfweh. Die Augenlider waren etwas geröthet; die oberflächlich gelagerten Lymphdrüsen in geringer Schwellung. Abendtemperatur 40·8°.

Den 15. April Morgens Temperatur 39·4, Puls 100. Zunge stark belegt; die Mund- und Rachenschleimhaut mit einer fleckigen Röthung bedeckt. Die Gesichtshaut, sowie auch die Haut des Halses, der Brust, Rücken und Extremitäten mit einem in voller Blüthe



stehenden Masernexanthem bekleidet. — Zugleich eine katarrhalische Affection der Schleimhäute; bellender Husten, Schnupfen, Thränen der Augen, Lichtscheu.

Am 16. April begann das Eintrocknen der Pusteln im Gesicht zu hellbraunen oder gelb gefärbten, am Rücken (wo einzelne Pusteln an Grösse die übrigen übertrafen) sogar zu braunen Krusten. — Kein Nachschub von Pusteln war erfolgt. Die Temper. 38, Puls 90.

Am 19. April begann die Desquamation des Masernexanthems; die Temper. 37, Puls 72, Hustenanfälle viel geringer; gute Schleimabsonderung aus den Bronchien; die kleine Patientin fühlt sich ganz wohl, ist munter, hat guten Appetit.

Der Verlauf der ganzen Krankheit war im Ganzen genommen ein sehr günstiger. Am 1. Mai war die Kleine genesen.

In derselben Zeit hatte Verf. die Gelegenheit, einen ganz identischen Fall bei einem Knaben von 8 Jahren in einer anderen Familie zu beobachten, nur dass in diesem letzteren Falle die Masern-Eruption gleich nach dem Eintrocknen der Pusteln stattgefunden hatte.

Senator (8) erklärt sich für die Eigenartigkeit der Varicellen und leugnet eine Derivation von Variola oder Variolois. Man dürfe sich nicht durch die Aehnlichkeit der Formen und Krankheitserscheinungen beirren lassen, sondern müsse den Schwerpunkt in Gleichheit oder Differenz des Trägers des Contagiums suchen. Verfasser erwähnt das Auftreten der Varicellen als solcher in eigentlichen Epidemien, ihr fast ausschliessliches Vorkommen gerade im kindlichen Lebensalter, ferner die Thatsache, dass eine vorausgegangene Erkrankung eine gewisse Immunität gegen eine zweite gewährt. Zum Beleg dessen, dass sie durch die Vaccination nicht modificirt werden, zählt Verf. mehrere Fälle auf einerseits von Auftreten der Varicellen bei vor kurzem mit Erfolg geimpften Kindern, anderseits von erfolgreicher Vaccination bei kleinen Patienten, die sich in der Reconvalescenz von Varicella befanden, wodurch sie sich gleicherweise von den beiden anderen Formen unterscheiden.

L. Meyer (9) constatirt, dass die Sterblichkeit an Pocken um mehr als 4 % zu Ungunsten des weiblichen Geschlechtes diffe-



rirte (Berliner Epidemie). Zu den an hämorrhagischer Form Erkrankten stellt das weibliche Geschlecht ein weit grösseres Contingent. Besonders sind Schwangere zu dieser Form ungemein disponirt. Die Sterblichkeit der Schwangeren ist erheblich grösser als die der Frauen im Allgemeinen. Die Disposition zur hämorrhagischen Form und die Sterblichkeit wächst mit der Dauer der Schwangerschaft. Alle an Variola haemorrh. erkrankten Schwangeren abortirten und starben. Der Fötus stirbt sehr frühzeitig ab. Die Schwangeren haben grosse Neigung zu Gebärmutterblutungen.

Diese Schlüsse sind aus einem Beobachtungsmateriale von über 3000 Fällen gezogen.

Albu (10) weist darauf hin, dass das neue deutsche Impfgesetz fordert, dass jedes Kind vor dem Ablaufe des auf sein Geburtsjahr folgenden Kalenderjahres der Impfung mit Schutzpocken unterzogen werden soll. Unter Umständen kann somit ein Kind fast zwei Jahre alt werden, ehe es geimpft wird. Dass aber die meisten Pockenerkrankungen und Todesfälle in Folge dieser Erkrankungen im ersten Lebensjahre an sich und namentlich zur Zeit einer Epidemie vorkommen, geht schon aus der Pockensterblichkeit für Berlin hervor; dass aber die Annahmen aller Derer, welche die Empfänglichkeit für Pocken und die Sterblichkeit der Säuglinge in den ersten Lebensjahren daran für gering halten oder ganz läugnen, unrichtig sind, sucht der Verfasser aus weiteren statistischen Angaben des städtischen Bureaus zu beweisen.

Nach diesen Mittheilungen sind von Kindern unter 1 Jahr alt in den Jahren 1871, 1872 und 1873 an Pocken in Berlin 1319 verstorben und zwar:

im	Jahre	1871	in	Summa	1063
„	„	1872	„	„	228
„	„	1873	„	„	28
				Zusammen	1319

Von diesen 1319 unter 1 Jahr alt an Pocken verstorbenen Kindern waren:



	1871	1872	1873	Zusammen	Procente
0— 1 Monat alt	142	44	2	188	14·2
1— 2 „ „	94	20	2	116	8·8
2— 3 „ „	84	18	2	104	7·9
3— 4 „ „	97	18	1	116	8·8
4— 5 „ „	89	18	2	109	8·3
5— 6 „ „	100	20	1	121	9·2
6— 7 „ „	79	15	3	97	7·3
7— 8 „ „	90	19	5	114	8·6
8 — 9 „ „	84	17	3	104	7·9
9—10 „ „	78	18	4	100	7·6
10—11 „ „	70	10	1	81	6·1
11—12 „ „	56	11	2	69	5·3
Bis zum 1. Lebensjahre	1063	228	28	1319	100·0

Aus dieser kleinen Tabelle ersieht man, dass wie bei allen Kinderkrankheiten, so auch bei den Pocken, die Sterblichkeit der Säuglinge im ersten Lebensmonate am grössten ist, entgegen den Voraussetzungen, die gang und gäbe sind, aber von den Impffreunden für unbedingt richtig gehalten werden. Der Unterschied der Sterblichkeit zwischen dem 1. bis 10. Lebensmonate ist sehr gering, und nimmt man an, dass vom 4. Lebensmonate an während der letzten Epidemie alle Kinder geimpft wurden, so ist die Sterblichkeit trotzdem nicht viel in den nächsten Monaten gesunken. Das stimmt auch mit den Angaben, die Müller über die Berliner Pockensterblichkeit vom Jahre 1871 machte (G. Eulenbergs Vierteljahresschrift für gerichtliche Medicin u. öffentliches Sanitätswesen, XIX. Bd.), wornach von den im 1. Lebensjahre geimpften Kindern 55·30 %, von den ungeimpften dagegen nur 61·82 % an Pocken verstorben sind.

Verf. hofft aus diesen authentischen Zahlen nunmehr auch ohne Widerspruch folgern zu dürfen, dass, wie die meisten Kinder unter 1 Jahr alt im ersten Lebensmonate an Pocken starben, so auch erkranken, dass es demnach auch nothwendig ist, zur Zeit einer Epidemie alle Neugeborenen sofort zu impfen, wenn man sie vor Ansteckung schützen und überhaupt einer Pocken-Epidemie Einhalt thun will, da keineswegs die behauptete Immunität der Kinder in den ersten Lebensmonaten vor Erkrankung an Pocken besteht.



Das häufige Auftreten der Variola — die deshalb in Frage gestellte Schutzkraft der Impfung — und die hiedurch angeregte Revaccination veranlassen Grüll (11), seine Beobachtungen über diesen Gegenstand mitzutheilen, und einige einschlägige Fragen zu beantworten:

Sind beim Impfgeschäfte nicht unbewusste Fehler begangen worden und werden sie nicht noch begangen?

Zuerst half man sich damit, dass man bei wiederholtem Auftreten der Blattern deren Echtheit bezweifelte und diese Formen anders benannte. Als man damit nicht mehr ausreichte, nahm man an, die Schutzimpfung hafte nicht für die ganze Lebensdauer des Menschen, sondern nur für einen unbestimmten Zeitraum!

Niemand war im Zweifel darüber, ob die Art und Weise der Impfung und der dazu verwandten Lymphe wohl zur Schwächung der Schutzkraft selbst beitragen könne.

Bei Einführung der Schutzpockenimpfung wurden auch Laien damit betraut. In den Aufforderungen war stets von Pockeneiter die Rede. So wurde auch von solchem Stoffe geimpft und weitergeimpft, und selbst Aerzte eigneten sich dieses Verfahren an.

Verfasser meint dagegen, dass Jenner nur die reine wasserhelle Lymphe aus der Kuhpocke für die wahre, schützende gehalten habe, und dass der Ausdruck „Materies“ missverstanden worden sei.

Verfasser hat ausgedehnte Experimente mit beiden Stoffen an Schafen gemacht und sich dabei überzeugt, dass die wahre Schutzkraft nur der krystallhellen Lymphe innewohne, und dass diese Schutzkraft das ganze Leben überdauere. — Verf. führt für diese Ansicht noch weiter an, dass Kinder aus besseren Ständen, die mit solcher reinen Lymphe geimpft wurden, nie (?) von Variola befallen oder zu öfteren Revaccinationen genöthigt worden waren!

Schädlichkeiten, die durch Impfung von Kind zu Kind manifest werden, reizen Verf. zu folgendem Ausspruch:

„Was sind die jetzt so häufig unter den Kindern auftretenden Hautausschläge, besonders die, welche unter dem Namen ‚Scropheln‘ existiren, anderes als die Uebertragung der Syphilis durch die Impfung.“ (? Ref.)

Nach des Verfassers Ansicht wäre diesen Uebelständen nur durch staatliche „Impferzeugungsinstitute“ abzuhelfen zur Erzeugung

reiner Kuhpockenlymphe. Von solcher Lymphe brauchte auf jedem Arme nur ein Impfstich gemacht zu werden, und diese beiden Pocken würden dem Individuum für das ganze Leben Schutzkraft gegen Blatternerkrankung gewähren.

Die oben erwähnten Institute wären auf Staatsdomainen zu errichten und die Impfungen könnte man ausser am Euter, auch am Ohre und am Schwanze der Kühe vornehmen. Zur Vaccination empfiehlt Verfasser Nadeln, wie sie bei der Schafimpfung gebraucht werden (die Pissin'sche oder Sticksche Nadel), wodurch Schmerz und Blutung verhindert würden, durch welch letzteren Umstand der ganze Werth der Impfung oft illusorisch wird.

Kassowitz (12) theilt zwei Fälle mit, bei welchen im Verlauf von Masern und zwar nicht als zufällige Complication, sondern offenbar im causalen Zusammenhange damit Nephritis acuta vorkam. Die Nephritis wurde einmal am 11., das andere Mal am 12. Krankheitstage entdeckt. Der Verdacht auf gleichzeitig mit den Masern ablaufende Scarlatina ist vollständig ausgeschlossen.

Ferner hat K. in der Masernepidemie des Winters 1873 dreimal Masernrecidiven beobachtet, einmal nach 9, zweimal nach 4 Wochen, überdies hatte eines dieser Individuen schon 6 Jahre früher Masern überstanden. Bei zweien dieser Kinder war das Exanthem rubeolenähnlich, genau so, wie es von den Anhängern der Specifität der Rubeolen beschrieben wird. Ausserdem wird noch ein Fall von rubeolenähnlichem Masernexanthem mitgetheilt, mit sehr heftigem, mit starkem Fieber einhergehendem Verlaufe und längerer Dauer des Fiebers und der katarrhalischen Erscheinungen.

Dass diese „rubeolenähnlichen“ Exantheme aber milde Formen von Masern waren, geht nach dem Verf. daraus hervor, dass sie durch Ansteckung von Masern entstanden waren, und selbst wieder durch von ihnen ausgehende Infection Masern hervorriefen.

Die Existenz specifischer Rubeolen hält Verf. nicht für genügend nachgewiesen und gibt zum Beweise dessen eine Zusammenstellung der einschlägigen Literatur.

Dieselbe ist vorzüglich in folgenden Artikeln enthalten: Oesterreich, Ein Beitrag zur Rubeolenfrage (Dissert. inaug.); Thomas, Beobachtungen über Rötheln (Jahrb. für Kinderheilkunde 1869, S. 233); Steiner, über Rötheln (Archiv f. Dermat. u. Syph.

I. 1869. S. 236); Emminghaus, über Rubeolen (Jahrb. f. Kinderheilkunde 1870, S. 47); Gerhardt in seinem Lehrbuche der Kinderheilkunde, 2. Aufl. S. 74; dann wieder Thomas, neue Erfahrungen über Rötheln (Jahrb. f. Kinderheilkunde 1872, S. 345); und endlich Nymann, zur Aufklärung der Frage über die Selbstständigkeit der Rubeolen (Oest. Jahrb. f. Pädiatrik 1873, II. S. 123).

Beim Vergleiche dieser Schilderungen, welche sämmtlich zu dem Schlusse gelangen, dass die Rötheln von den Masern streng geschieden werden müssen, zeigt es sich gleich beim ersten Anblicke, dass die Widersprüche in denselben mitunter recht bedeutender und durchgreifender Art sind. So halten z. B. Thomas und Emminghaus die Krankheit für eine bestimmt und exquisit contagiöse, dagegen erklärt sie Steiner für nicht contagiös, nach Nymann ist ihre Contagiosität „gleich Null". Ein Prodromalstadium existirt nach Steiner niemals, nach Thomas entweder gar nicht oder nur während weniger Stunden, nach Gerhardt und Nymann fehlt es oft, dagegen ist es nach Emminghaus immer, entweder leicht oder intensiv, zu beobachten. Die Krankheit verläuft nach Gerhardt und Oesterreich fast fieberlos, nach Thomas manchmal ganz fieberlos, manchmal mit mässigem Fieber, dagegen steigt bei Emminghaus die Temperatur bis 38·4 und 38·6, bei Nymann gar bis 39·0 und 39·5. Auch bezüglich des begleitenden Katarrhs gehen die Meinungen diametral auseinander, denn Gerhardt, Thomas und Emminghaus finden immer mehr weniger heftigen Augen-, Nasen-, Rachen- und Kehlkopfkatarrh mit Niesen, Husten und Lichtscheu, während Steiner niemals und Nymann nur in 5·38 % seiner Fälle, also so selten diese begleitende Affection beobachtet, dass er sie für nicht pathognomisch erklärt.

Bei der Frage über die Schwellung der Lymphdrüsen des Halses verschiebt sich die Schlachtlinie wieder, indem Gerhardt immer und Emminghaus sehr häufig frische Anschwellungen derselben findet, während Thomas (abgesehen von älteren Infiltrationen) sie ebensowenig als Nymann je beobachteten.

Aber auch über das Aussehen und die Beschaffenheit des Exanthems, welches für die Diagnose doch immer der wichtigste Anhaltspunkt bleibt, fehlt die wünschenswerthe Uebereinstimmung vollständig. Denn während der Ausschlag bei Gerhardt intensiv roth ist, ist er bei Thomas blass rosenroth und niemals leicht bläulich,



wie bei Masern, bei Steiner bläulichroth. Während bei Gerhardt die Flecken immer rundlich und ganz isolirt, auch bei Emminghaus fast immer isolirt und nur selten durch schmale Streifchen miteinander verbunden sind, während sie bei Nymann zirkelrund oder höchstens etwas unregelmässig gezackt erscheinen, während sie endlich bei Thomas fast nie confluiren und auch niemals ein gesprenkeltes Aussehen darbieten, ist der Ausschlag bei Oesterreich gesprenkelt, marmorirt, streifig, bei Steiner gar fast immer confluirend, landkartenförmig. Nebstdem sind die Flecken bei Emminghaus und Steiner ganz glatt und niemals über das Niveau erhaben, bei Thomas ist letzteres sehr häufig der Fall. Auf der Schleimhaut des harten und weichen Gaumens findet endlich Thomas weder bei Rötheln, noch auffallender Weise bei Masern eine charakteristische fleckige Röthe, sondern höchstens bei beiden eine einfache Hyperämie, auch Steiner sieht eine diffuse Röthung, dagegen findet Gerhardt daselbst Flecken, wie bei Masern, Emminghaus findet sie gleichfalls in vielen Fällen und immer deutlich abgegrenzt, und auch nach Nymann fehlt die punktförmige Röthung des Gaumens und Rachens nur äusserst selten.

In einigen Fällen hat K. im Verlaufe von Masern sehr intensiven, bis zu 2 Tage dauernden Pruritis cutaneus beobachtet und in einigen anderen Fällen, zumal auch bei gleichzeitig an Masern erkrankten Geschwistern eine reichliche Stomatitis aphthosa, die sich hinsichtlich des Verlaufes von der idiopathischen Form der Krankheit nicht unterschied, in jedem Stadium der Masern zum Vorscheine kam, und nach eingetretenem Abfall der Temperatur jedesmal eine zweite Steigerung derselben hervorrief. Drüsenschwellungen fehlten dabei niemals.

Betzold (13) beobachtete bei einem 5monatlichen Kinde drei Wochen nach dem Auftreten von Morbillen, welche ihren Verlauf in normaler Weise genommen und eine Bronchitis zurückgelassen hatten, mit grosser Plötzlichkeit eine Verschwärung beider Corneen. Ohne dass es zu wesentlicher Injection gekommen wäre und unter einer sehr auffallenden Herabsetzung des intraocularen Druckes schritt die Destruction der Hornhäute fort. Aus rasch entstandenen Infiltraten entstanden Geschwüre und die zerfallenden weissgelblichen Geschwürsmassen quollen stark auf, so dass sie zwischen den halbgeschlossenen Lidern als Flocken sich vordrängten. Nach und nach

stiessen sie sich ab und die blossgelegte membr. Descemeti wölbte sich vor. Linkerseits stand der Process, nachdem etwa die Hälfte der Cornea zerstört war, durch 2 1/2 Wochen beinahe still, dann ergriff er rasch auch die bisher frei gebliebene Hornhauthälfte, es kam zu Prolapsus iridis, Luxation der Linse, Glaskörperaustritt. Bemerkenswerth ist es, dass um diese Zeit die Augen bei Abnahme des Druckverbandes jedesmal einen äusserst fötiden Geruch verbreiteten. 8 Tage vor dem Tode bildeten sich rechts und links von der Cornea in der Conjunctiva bulbi dreieckige weisse Stellen, welche in der Conjunctiva selbst zu liegen schienen, Am 24. Tage nach Beginn des Hornhautleidens trat ohne Convulsionen der Tod ein. Die anatomische Untersuchung des Gehirns ergab reichliche Bildung von Fettkörnchen in den Wandungen der kleinen Gefässe, dagegen war zwischen den Gefässen in der Neuroglia eine Fettmetamorphose der Neurogliazellen nicht nachzuweisen.

Es entsprach daher der Befund nicht demjenigen, welcher in den von v. Graefe beschriebenen Fällen von Hornhautverschwärung bei Kindern in den ersten Lebensmonaten vorhanden war und als Ursache der Augenaffection angesehen werden musste. B. glaubt, dass in seinem Falle die im Gefolge der Masern auftretende lobuläre Pneumonie als Primäraffection zu betrachten sei, dass diese durch mangelhafte Decarbonisation des Blutes allmälig allgemeine Ernährungsstörungen und indirect die Entstehung der Keratomalacie begünstigte. Die vorerwähnten weissen Stellen in der Conjunctiva wurden mikroskopisch untersucht und es liess sich in ihnen eine Auflagerung von Punkten und Stäbchen mit dem Aussehen einer Leptothrixbildung erkennen. B. spricht die Vermuthung aus, dass vielleicht auch der deletäre Process in der Cornea auf dieselbe Ursache zu beziehen sei.

Henoch (**14**) unterbreitete der Berliner medicinischen Gesellschaft folgenden Fall zur Discussion:

Ein 12 Jahre alter Knabe, der vor 3 Wochen Scarlatina überstanden hatte, wurde am 22. Juli in die Charité aufgenommen mit Oedem des Gesichtes und des Scrotums. Der Harn enthielt weder Eiweiss noch nephritische Elemente. Zwei Tage darauf wird der Knabe eklamptisch und nun enthält der Harn Massen von Eiweiss und zahlreiche, mit vielen Fettkörnchen besetzte hyaline Cylinder.



Dieser Knabe stirbt an Lungenödem und man findet bei der Obduction eine exquisite, doppelseitige, parenchymatöse Nephritis.

Es hatte also in diesem Falle eine acute Nephritis scarlatinosa bestanden, da man 4 Tage später bei der Obduction das Stadium der Verfettung der Epithelien fand, ohne dass Eiweiss oder die charakteristischen Formelemente im Urine nachgewiesen werden konnten.

Noch besser wurden solche Schwankungen im Eiweissgehalte des Harnes bei einem zweiten Kinde constatirt, dessen Harn täglich mehrere Male sorgfältig geprüft wurde. In einzelnen Fällen konnte H. die Zunahme des Eiweissgehaltes nach heftigem Schreien oder auf Gebrauch eines Purgans regelmässige Abnahme wahrnehmen. Ja, es gibt Fälle von Nephritis, in denen nicht nur solche Pausen in der Albuminurie vorkommen, sondern bei welchen sie bis zum Tode ganz fehlt.

Man wird nach solchen Beobachtungen in der Annahme einer auf Scharlach folgenden Wassersucht ohne Nierenaffection sehr vorsichtig sein müssen, wenn man sie nicht als partielle Oedeme in Folge der Schwäche und Anämie zu deuten im Stande ist.

In der Regel verläuft der urämische Anfall im Verlaufe der Scarlatina mit Convulsionen und Coma, in dem oben ersterwähnten Falle folgten auf den eklamptischen Anfall Delirien mit heftigem Geschrei und Fluchtversuchen, bis die schliessliche Bronchopneumonie, eine ganz gewöhnliche Terminalerscheinung in solchen Fällen, auftrat.

Ein häufiger Befund, der auch im vorliegenden Falle nicht fehlte, ist die Verfettung des Herzfleisches; die Schwellung vieler lymphatischer Elemente und Verfettung der Leber, ein Befund, der übrigens auch bei vielen anderen Infectionskrankheiten vorhanden ist. Auf den makroskopischen Befund der Herzverfettung darf man sich nicht verlassen, er kann anscheinend vorhanden sein, ohne dass das Mikroskop die Diagnose bestätigt, und umgekehrt fehlen und die Degeneration des Herzmuskels durch das Mikroskop nachgewiesen werden.

Bemerkenswerth ist auch noch, dass bei dem an Urämie erkrankten Knaben die Harnmenge nie in einem bedenklichen Grade vermindert gewesen ist.



Taylor (15) erklärt feuchtwarme Einwicklungen bei Scarlatina für ein probates Mittel zur Förderung des Heraustretens des Scharlachs durch die Haut und damit Verhinderung cerebraler und anderer gefährlicher Erscheinungen im Krankheitsverlaufe. Zwei- bis dreimal des Tages wird der Patient in ein in frisches reines oder mit 1—2 Drachmen Tinctura Colchici autumn., oder mit einem Infusum Colchici vermischtes Wasser getauchtes, ausgewundenes Betttuch eingewickelt und bleibt darin $^1/_2$—1 Stunde liegen. T. benützt auch Senfwasser; ein Esslöffel Senf wird in eine Pinte Wasser gethan und die klare Flüssigkeit, die darüber steht, in obangeführter Weise verwendet. T. empfiehlt diese medicamentösen Zusätze besonders zur Zeit des Ausbruches der Krankheit und meint, dass sich in dieser Art der Anwendung auch andere Stoffe in Wasser gelöst nützlich erweisen dürften, wie Antispasmodica zur Erleichterung des Reizzustandes und des Schmerzes. (? Ref.)

Mayer (16) bekennt sich als fast bedingungslosen Verfechter der hydropathischen Behandlung der Diphtheritis sowohl wie der Scarlatina. Zur Begründung dieser Ansicht dient ihm eine Scharlach- und Diphtheritisepidemie, die längere Zeit in Aachen herrschte, während welcher er seine therapeutischen Versuche in Anwendung brachte. Bei Diphtheritis des Rachens und Kehlkopfes wendete Verf. Schlucken von Eispillen, sowie äusserlich Eisblasen um den Hals an.

Bei Scarlatina gelangte Verf. zu dem Resultate, dass bei anhaltend hoher Temperatur allmälig abgekühlte Bäder je nach Umständen von 27° auf 22—21° R., oder bei sehr hoher Temperatur bis auf 18° abgekühlt, sich durchschnittlich sehr nützlich erwiesen und jedenfalls auf das subjective Befinden des Kranken wohlthätig wirkten. Ueber die Grösse und die Dauer des Temperaturabfalles nach dem Bade vermag Verf. nach den bisherigen Beobachtungen noch nicht zu urtheilen. Nebst den Bädern wurden stets Eisbeutel auf den Kopf applicirt. (Eine systematische Wasserbehandlung ist das wohl nicht zu nennen. Ref.) — Ausserdem bekämpfte Verf. das Fieber erfolgreich mit Chinin. — Zur Linderung des Hautjuckens wendete Verf. Speckeinreibungen an.



Von anderen Anschauungen ausgehend, als die oben in der Abhandlung von Kassowitz ausgesprochen, schildert Smith (17) eine Epidemie von Rötheln in New-York, welche Ende 1873 begann, im März und April 1874 ihr Maximum erreichte und bis Mai 1874 dauerte. Im Findelhause folgten sie unmittelbar auf eine ausgesprochene Masern-Epidemie und eine bedeutende Anzahl Kinder, welche die Masern überstanden hatten, erkrankte neuerdings an „Rötheln". Verf. hält die Krankheit für eine selbstständige, von Masern unterschiedene, wenn auch ihr nahestehende, und für eine contagiöse Erkrankung.

Ein Material von 19 Fällen hat Roth (18) dazu benützt, um auch seinerseits die Specificität der Rötheln zu begründen, welche bereits vor ihm (s. oben) von Thierfelder, Oesterreich, Thomas, Steiner und Emminghaus als nicht identisch mit Masern und Scharlach aufgefasst worden sind. Die Thatsachen, worauf Verf. diese seine Ansicht basirt, beruhen darauf, dass es viele Individuen gebe, die von den Rubeolen befallen werden, obwohl sie bereits Scharlach oder Masern durchgemacht hatten, und umgekehrt; ausserdem „die Fieberlosigkeit oder die kaum nennenswerthe Temperatursteigerung bei den Rötheln, die kurze Dauer ihres Verlaufes und das Auseinanderliegen der Maxima des Exanthems", welche diese Differencirung von den eben genannten acuten Exanthemen erheischen. — Was nun den Charakter der Rubeolen selbst anbetrifft, so ist derselbe nach den Beobachtungen des Verfassers dadurch gekennzeichnet, dass diese Krankheit fast ausschliesslich Kinder befalle. Ueber die Incubationsdauer vermag Verf. nichts apodictisch auszusagen. Das Stadium prodromorum fehlt oft gänzlich, ist jedenfalls nur auf eine sehr geringe Störung des Allgemeinbefindens beschränkt und dauert $^1/_2$—3 Tage.

Das Stadium eruptionis ist ein sehr flüchtiges. Das Exanthem beginnt immer im Gesicht von der Stirne aus und setzt sich dann consecutiv auf Hals und Rumpf, zuletzt auf die Extremitäten fort, in der Weise, dass wenn diese letzteren ergriffen werden, erstere schon wieder frei sind.

Das Exanthem ist nicht reinfleckig, sondern besteht auch aus kleinen, wenig erhabenen, mit einem rothen Hof umgebenen Papeln. Nach 2—4 Tagen ist das Exanthem vollständig geschwunden, ohne



dass es zu einer eigentlichen Desquamation kommt. Von sonstigen Affectionen, die bei den Rubeolen auftreten, wäre eine leichte Hyperämie des weichen Gaumens und der Uvula, sowie zuweilen eine mässige Bronchitis zu erwähnen.

19. Besnier. Ueber Miliaria. (Ann. de Derm. V. Jahrg. H. 1. 1874.)
20. Bohn. Das Impferisypel und seine Bedeutung für die Erisypelaslehre. (Jahrb. f. Kinderheilk. VIII. 1. 1874.)
21. Le Roy Satterlee. Erisypel; Aetiologie, Pathologie und Abortivbehandlung mit Chinin und Opium. (New York Medical Journal, December 1874. Vol. XX. Nr. 6.)
22. Aufrecht. Zur Therapie des Erisypelas vermittelst subcutaner Injectionen von Carbolsäure. (Centralblatt für die med. Wissensch. 1874. Nr. 9.)
23. Dade. Behandlung des Karbunkels. (The Lancet vom 28. März 1874.)

Besnier (19) behandelt die Frage, ob es eine selbstständige fieberhafte Krankheit „Miliaria" gebe oder ob Miliaria-Eruptionen nur als Symptome fieberhafter Erkrankungen verschiedener Art zu gelten haben, indem er die Geschichte der Frieselkrankheit von Borsieri, de Haen u. A. angefangen bis auf Cipriani, Helm, Hebra, Bazin, Gintrac, Gueniot in ihren verschiedenen Phasen verfolgt und, wie es scheint, sich am meisten der Ansicht Bazins (1862) anschliesst, es gebe keine selbstständige Eruptionskrankheit „Frieselfieber" nach der Analogie der anderen acuten Exantheme mit typischem Verlaufe, wohl aber komme erstens eine gutartig verlaufende, mit leichtem Fieber einhergehende Bläschen-Eruption, die in keinem Zusammenhange mit irgend einer anderen Krankheit stehe, also immerhin ein selbstständiges Frieselfieber, nicht selten vor, und zweitens nach längerer Einwirkung der Hitze auf die Haut (also meist in südlichen Ländern) auch eine fieberlose, als Miliaria zu bezeichnende Bläschen-Eruption.

Bohns (20) Beobachtungen über das Impferisypel ergeben, dass die Vaccine auf jeder Stufe ihres Verlaufes zu einem Ausgangspunkte des Rothlaufs werden könne; doch beginnt die eigentliche Periode mit dem 8. Tage und die 2. Woche liefert daher die häu-



figsten Erkrankungen. Es werden in der Regel nur einzelne Impfstiche und überwiegend nur ein Arm von Rothlauf befallen; tritt er auf beiden auf, so zeigt er stärkere Neigung zum Wandern.

Während die auf die Impfstelle oder den Impfarm beschränkten Fälle eine Sterblichkeit (nach Rauchfuss) von 17·5 % aufweisen, beträgt dieselbe bei Erisypelas migrans 67·3 %; im Allgemeinen verhält sich ihre Gefährlichkeit wie 28·5 : 47·5 (Auspitz), wobei bemerkt werden muss, dass die Fälle ausserhalb von Findelinstituten eine viel günstigere Prognose zulassen; so starben in Würtemberg nach Cless unter mehr als einer halben Million von Impflingen nur vier an Impferisypel; ein deutlicherer Beweis für die Schädlichkeit der Verquickung von Findelanstalten mit Schutzpocken-Impfinstituten ist kaum aufzubringen.

Bei der Erforschung der Ursachen des Impf-Rothlaufes lassen sich folgende drei Kategorien aufstellen:

1. derselbe entsteht in den drei ersten Tagen nach der Impfung an den Impfstellen (vaccinales Früherisypel);

2. derselbe nimmt seinen Ausgang von den normalen Impfpusteln innerhalb deren Floritionszeit (vaccinales Späterisypel);

3. der Rothlauf geht endlich von dem in Abheilung begriffenen Pustelgrunde aus (3.—4. Woche) und unterscheidet sich in nichts von jedem anderen Wunderisypel.

Unter allen Formen am häufigsten kommt das vaccinale Späterisypel vor, denn es ist begründet in dem Wesen der Vaccination, die ja nichts anderes ist als eine unter dem Bilde der Rose sich vollziehende Infection des Körpers, die niemals wirksam ist, wenn jene (Rose) ausbleibt. Jeder örtliche Reiz kann zu einer Steigerung und Ausbreitung des ursprünglichen Processes führen und wir haben dann das pathologische Erisypel vor uns. Inwieweit eine sorgfältigere und gewissenhafte Impftechnik das Auftreten des letzteren verhüten könne, ersehen wir aus den Berichten des Petersburger Findelhauses, wo die Morbilität gegenwärtig kaum mehr 1 % beträgt. Und dies alles nur in Folge der Bemühungen der Aerzte in den letzten Jahren, welche die Missbräuche bei Abnahme der Lymphe, die Misshandlung der Impfwunden und die zu frühe Impfung überhaupt abstellten.

Was das Zustandekommen der Früherisypele betrifft, so kann man eine sogenannte schlechte Lymphe nicht beschuldigen, ohne



sich in Widersprüche zu verwickeln, da eben nicht alle, sondern nur immer ein Theil der mit derselben Lymphe Behandelten daran erkrankt etc. Es scheint in einem solchen Falle zweierlei eingeimpft zu werden, einmal die reine Vaccine, dann gleichzeitig ein anderer rothlauferzeugender Stoff, der etwa mechanisch die Lanzettspitze verunreinigte; B. musste einmal eine starke Pilzwucherung in der Impfphiole beschuldigen; in manchen Fällen mögen grobe und schmutzige Instrumente die Ursache sein etc.

Was die Schutzkraft der Vaccine in solchen Complicationen betrifft, so wird dieselbe nicht berührt bei den Späterisypelen, ebenso bei denjenigen Früherisypelen, welche nur von einzelnen Impfstichen ausgehen, während die übrigen sich normal entwickeln. Wo dagegen sämmtliche Stiche verschwären, da ist der Schutz negativ.

Da das Impferisypel offenbar eine andere Ursache hat als die nicht vaccinalen Formen, so kann von einem specifischen Rothlaufgift überhaupt nach dem Verf. nicht die Rede sein; es kann demnach dem Erisypel kein specifischer Charakter zuerkannt werden, und somit fällt auch seine Contagiosität. Wie die vaccinalen Früherisypele ferner lehren, kann der Rothlauf direct eingeimpft werden, d. h. wir verimpfen nicht das Erisypel als solches, sondern fügen nur Reize hinzu, die unter günstigen Umständen zu einer erisypelatösen Entzündung Gelegenheit geben.

Die Vorliebe des Erisypels für manche Körpergegenden, die Räthsel und Widersprüche des Wanderns oder Springens mögen am leichtesten durch locale Empfindlichkeit der Haut erklärt werden, wie dies die Einflüsse beweisen, welche das Lebensalter und die Hautpflege auf die Häufigkeit der Impfrose in den Findelanstalten bewirken.

Satterlee (**21**) empfiehlt bei Erisypel folgende Behandlung: Im Beginne der Erkrankung werden 25 bis 30 Gran Sulf. Chin. verabreicht, welches man in $1^1/_2$ Unzen Wasser löst und dem man einige Tropfen verdünnte Schwefelsäure zusetzt. Dazu giesst man einige Tropfen Opiumtinctur. Bei reizbarem Magen lässt S. 15 Minuten vor dem Einnehmen der Mixtur ein Senfpflaster in die Magengrube legen, welches Verfahren „unfehlbar“ den Magen beruhigt. Bei Entzündung der Rachengebilde verabreicht Verf. das Medicament per rectum mit demselben therapeutischen Erfolge.



Dieser therapeutische Erfolg besteht darin, dass der Patient gewöhnlich nach dem Einnehmen dieser Mixtur gut schläft, und nach 24 Stunden findet man, dass Temperatur und Puls bedeutend gesunken und die allgemeinen Symptome, wenn auch nicht gänzlich geschwunden, so doch bedeutend gebessert sind.

Befindet sich die Erkrankung nicht mehr im Anfangsstadium oder sind die Symptome stärker aufgetreten, wird nach 24 Stunden dieselbe Dosis repetirt, was eventuell nach abermals 24 Stunden wiederholt wird. Nach der Erfahrung des Verfassers genügte dies immer selbst bei den schwersten Fällen, um alle Symptome plötzlich zum Schwinden zu bringen.

Da das Auswandern der weissen Blutkörperchen als das wesentlichste Moment in der Pathologie des Erisypels angesehen wird, wie Verf. im Anschluss an Tilbury Fox angibt, und „das Chinin als das beste Agens bekannt ist, diese Auswanderung zu verhüten" (sic!), ist selbst vom theoretischen Standpunkte diese abortive Therapie berechtigt.

Aufrecht (**22**) bediente sich der Carbolsäure zu subcutanen Injectionen in zwei Fällen von Erisypel. Das eine Mal handelte es sich um eine Frau im Alter von 56 Jahren, das andere Mal um einen 82jährigen Mann.

In beiden Fällen grenzte sich das Erisypel plötzlich ab und das Fieber sank um ein Bedeutendes. A. machte die Injectionen 4- bis 5mal und zwar in das gesunde Unterhautbindegewebe in der Nähe der dem Rumpfe zunächst gelegenen erisypelatösen Partie.

Dade (**23**) behandelte wiederholt Karbunkel (und auch Furunkel) der Art, dass er in die spontan entstandenen Oeffnungen Charpiefäden einschob, die in Carbolöl (1 : 4) getränkt waren, und das Ganze mit einer Compresse, in demselben Mittel getränkt, bedeckte. Von der ersten Application an nahm die Infiltration nicht mehr zu, die allgemeinen Erscheinungen besserten sich und es trat Heilung ein. Wenn noch keine Oeffnung spontan entstanden war, so wurde das Mittel durch eine gleich gemachte Incision mit den erkrankten Geweben in directe Berührung gebracht.



24. Moldenhauer. Ein Beitrag zur Lehre vom Pemphigus acutus. (Archiv f. Gynäkol. VI. 1874.)

25. Taylor. Klinische Bemerkungen über Lichen planus. (Arch. of Derm. 1874. I.)

26. Tilbury Fox. Purpura urticans durch Einathmen von Benzoe-Dämpfen. (The Lancet. 1874. I. Nr. 6.)

27. Lewes und **Williams.** Purpura und Flohstiche. (Brit. med. J. 1874. Nr. 690, 694.)

28. Dohrn. Ein Fall von Morbus maculosus Werlhofii, übertragen von der Mutter auf die Frucht. (Archiv f. Gynäk. 1874. VI.)

29. Mollière. Klinische Untersuchungen über die Nosographie der Purpura haemorrhagica und der petechialen Affectionen. (Ann. de Derm. et de Syph. V. Nrs. 1 et 2. 1873/74.)

Moldenhauer (**24**) schliesst sich Jenen an, die meinen, dass der Pemphigus auch als ein acuter febriler Process auftreten könne. Es erkranken nicht allein Neugeborene, sondern auch die ersten Kinderjahre besitzen noch eine hohe Disposition zu dieser Erkrankung. Eine solche Endemie oder Epidemie herrschte in Leipzig im Jahre 1870 (s. dieses Archiv 1870, pag. 451, Aufsatz von Klemm). In Halle war schon 1864 eine solche Endemie in der Entbindungsanstalt beobachtet worden (s. dieses Archiv 1871, pag. 283, Aufsatz von Olshausen und Markus). Eine neuerliche solche Epidemie wurde nun abermals in Leipzig 1872—73 beobachtet und jetzt von M. beschrieben. Namentlich war es wieder, wie in Halle 1864, die geburtshilfliche Klinik, die einen günstigen Boden zur Weiterverbreitung abgab. Innerhalb 18 Monaten wurden von 400 Kindern 98 oder 24·5 % und 3 Wöchnerinnen ergriffen. Im Gange der Epidemie wurden zwei Höhenpunkte gesehen, so im September 1872 — die aber nur kurze Zeit anhielt — es erkrankten von 23 Kindern 4; die zweite dauerte von Mitte August 1873 zwei Monate hindurch und wurden von 37 Neonaten 22 ergriffen. Mehrfach traten vollständige Pausen ein, nach welchen neue Nachschübe erfolgten. Die Mütter waren zumeist jung und kräftig ohne Spur einer Krankheit, so dass sie mit der Aetiologie der Krankheit in keinen Zusammenhang gebracht werden konnten. Die Kinder waren



von verschiedenartigster körperlicher Entwicklung, so dass man nicht ersah, dass gerade die schwächlichen oder heruntergekommenen vorherrschend ergriffen worden wären. Das Allgemeinbefinden der Kinder schien nicht wesentlich zu leiden, sie waren nicht besonders unruhig, schliefen, tranken und leerten aus wie unter normalen Verhältnissen. Unbehagen zeigten sie blos dann, wenn die ergriffenen Hautstellen Reibungen oder dem Drucke ausgesetzt waren. Auffallend war es, dass selbst stark ergriffene Kinder während der Krankheit an Gewicht zunahmen. Der Ausbruch erfolgte nie vor dem dritten Tage, meist in der zweiten Hälfte der ersten Woche, zuweilen erst in der zweiten. Die Zahl der Blasen war sehr schwankend, mit Vorliebe werden zuerst jene Stellen ergriffen, die eine zarte Epidermis tragen, so die Inguinal- und Halsgegend, die Unterbauchgegend, das Gesicht, ja auch die behaarte Kopfhaut. Einmal pflanzte sich der Process sogar auf die Mundschleimhaut fort. Der Fuss- und Handteller zeigte eine absolute Immunität gegen eine primäre Erkrankung. Die Blaseneruption erfolgte in unregelmässigen Zeiträumen, so dass man häufig alle Stadien und Veränderungen an einem Individuum sehen konnte. Der Ausgang war zumeist ein günstiger, allerdings starben von 94 12 oder 12·75 %, allein es kam nur ein Fall von schwerem Pemphigus foliaceus vor, der direct tödtlich war. Einige Kinder gingen an Complicationen zu Grunde, die hinzutraten, bei anderen liess sich der Tod auf angeborene Schwäche nicht ausgetragener Früchte zurückführen. Was den infectiösen Charakter des Processes anbetrifft, glaubt der Verf. an eine Uebertragung durch Gebrauchsgegenstände, wenn es ihm auch nicht unwahrscheinlich ist, dass der Infectionsstoff durch dritte verschont gebliebene Personen übertragen werden kann, ähnlich wie bei Masern. (? Ref.) Zu diesen Personen scheinen namentlich Hebammen zu gehören, da in der Praxis einzelner zahlreiche Erkrankungsfälle vorkamen. Ausser diesem flüchtigen Contagium (? Ref.) besteht ein fixes, durch Impfung übertragbares Gift, denn einmal gelang es, durch Impfung bei einer Mutter eine Blase hervorzubringen, und das zweite Mal benützte sich M. mit Erfolg selbst als Versuchsindividuum. (Warum sind die Experimente nicht genauer geschildert? Ref.) Ob der Pemphigus als Krankheit übertragbar ist, dürfte dadurch allerdings nicht erwiesen sein, da eine Allgemeininfection ausblieb und es nicht gut anging, gesunde Neugeborene als Versuchsindividuen zu brauchen. Impfun-



gen an schon ergriffenen Kindern und Kaninchen blieben erfolglos. Spontane Uebertragungen vom Kinde auf die Mutter kamen zuweilen vor. Indirecte Beweise für die Verbreitung durch ein Contagium erhielt man dadurch, dass die Epidemie nach strenger Isolirung der Erkrankten nachliess. Ob die Natur des Infectionsstoffes organisch ist oder nicht, ist eine offene Frage; doch scheint für die erstere Auffassung nicht viel zu sprechen, da Sporen im Blaseninhalte bisher noch nicht zu finden waren und die Incubationsdauer zu kurz ist. Der Weg, den das Agens in den Körper nimmt, scheint der Respirationstractus zu sein. Die Disposition ist bei Neonaten sehr gross, denn auf der Höhe der Epidemie erkrankte mehr als die Hälfte, bei Kindern von 1—5 Jahren ist sie, wenn auch geringer, so doch nicht erloschen, ja letzteres selbst nicht bei Erwachsenen, wenn auch deren Empfänglichkeit sehr gering ist. Zuweilen geht der Blasenbildung ein hyperämisches Stadium ohne Infiltration voraus, das aber eben so oft fehlt. An den Blasen lassen sich zwei Formen unterscheiden, entweder sind sie ganz gefüllt, straff, oder sie sind faltig, nur wenig Flüssigkeit enthaltend, ihre Grösse variirt von der kleinsten bis zu der eines Taubeneies und umfangreichen Epidermisabhebungen. Die kleinsten sind leicht mit Varicellen zu verwechseln. Die kleinen haben eine sehr zarte Epidermisbekleidung, die meist im Beginne bereits zerreisst, während die grösseren derb sind und zu dicken Borken eintrocknen.

Der Inhalt ist im Beginne klar serös, später molkig, die Reaction schwach alkalisch, Harnstoff ist nicht darin. Mikroskopisch fand man nichts als rothe Blut- und Eiterkörperchen, letztere namentlich in der späteren Zeit. Micrococcen wurden nie gefunden. Die Blasen trocknen zu Borken ein oder es bleibt bei den kleineren nach Zerreissung ihrer Hülle eine nässende Fläche und die Epidermis ersetzt sich binnen 14 Tagen und ein Pigmentfleck zeigt noch einige Zeit hindurch den früheren Standort der Blase. Tiefgreifende Geschwüre, deren Basis croupös wurde, so dass die Heilung nur unter Bildung von Narbengewebe erfolgen konnte, sah M. nie. Complicationen, die sich im Verlaufe dieses als Dermatitis sich charakterisirenden Krankheitsprocesses zeigten, waren Entzündungen des Nabelkegels mit vereinzeltem Ueberschreiten auf die Nabelvene, in der es zu Eiteransammlung, ja einmal zu consecutiver eiteriger Entzündung des Lebergewebes kam. Vielleicht dass der Blaseninhalt einen ent-



zündlichen Reiz auf den Nabel ausübt und auf die gleiche Ursache die oft vorkommenden Ophthalmoblennorrhöen zurückzuführen sind. (? Ref.) Blaseneruptionen auf der Conjunctiva sah M. nie. — Klemm beobachtete an älteren Kindern ein 1—3tägiges früheres Unwohlsein, namentlich abendliche Fieberexacerbationen, Unruhe, Schlaflosigkeit u. dgl. m. Der Ausbruch des Exanthems erfolgt vollständig unerwartet. Anfangs sind wenige Blasen da, denen in unregelmässigen Pausen weitere folgen, oft ist der ganze Körper von ihnen später bedeckt. Auch die Nachschübe erfolgen unerwartet, so dass man mit der Prognose vorsichtig sein muss. Nur dann, wenn man hyperämische Hautstellen sieht, kann man sagen, dass wahrscheinlich Nachschübe eintreten werden, aber auch nicht immer, denn zuweilen wich diese Röthung einer schmutzig-gelben Färbung, die allmälig schwand, ohne dass es zur Blasenbildung kam. Bei der chronischen Form erfolgen die Nachschübe bis zur totalen Erschöpfung, bei der acuten dauern die Nachschübe etwa 4—6 Wochen. Es ist daher nicht gut möglich, durch bestimmte Grenzen getrennte Stadien anzunehmen. Ob der Pemphigus mit Fieberbewegungen einhergeht, darüber sind die Ansichten getheilt, dafür stimmt Cazenave; Hervieux und Klemm meinen, dass für gewöhnlich Fieber da sei, doch auch in leichten Fällen fehlen könne; Olshausen dagegen leugnet dasselbe vollständig. Verf. hat dasselbe bei der Leipziger Epidemie nicht gesehen, ausser in jenen Fällen, die Complicationen mit Darmkatarrhen, Entzündungen der Nabelvene, Furunculosis, Blennorrhoea darboten, doch war das Fieber hier nur auf die erwähnten Processe zurückzubeziehen.

Taylor (25) lenkt die Aufmerksamkeit auf eine von Erasmus Wilson 1869 beschriebene Knötchen-Eruption (Lichen planus). Der Verf. hat vier Fälle gesehen, die er schildert. Einzeln stehende oder über den ganzen Körper verbreitete Plaques aus stecknadelkopf- bis 2 Linien im Durchmesser grossen, violett-rothen, in der Mitte flachen, mit wenig Schuppen bedeckten Knötchen bestehend, die stark juckten, während ihre bisweilen geröthete Basis nicht infiltrirt erschien. — Die Eruption heilte unter geeigneter (meist Theer-) Behandlung jedesmal in einigen Wochen, hinterliess aber stets längere Zeit bestehende Pigmentflecke. Verfasser hält diese Krankheit ebenso wie Wilson und Tilbury Fox für eine mildere Form des

Hebra'schen Lichen ruber. (Hebra hat in der That selbst schon eine localisirte Form seines Lichen ruber mit Dellen und Plaquesbildung beschrieben und überdiess dessen Heilbarkeit durch langen Gebrauch von Arsenik zugegeben. Ueberraschend ist indessen jedenfalls die schnelle Heilung der Taylor'schen Fälle durch äusserliche Mittel, welche in Wien trotz vielfacher Versuche bisher nicht constatirt worden ist, auch nicht vom Referenten. Dass die Bezeichnungen Lichen „ruber" und „planus" auf die Dauer nicht haltbar sein werden, und dass die Stellung derselben zu dem sogen. „Lichen scrofulosorum" (Hebra) geklärt werden müsse, darüber gibt sich Ref. keiner Täuschung hin.)

Fox (26) sah an einem Kranken, der wegen heftiger Athemnoth 4 Grm. Tinct. Benz. comp. eingeathmet hatte, dass dessen Haut ausserordentlich hyperämisch geworden und dass es an einigen Stellen bereits zu Blutextravasaten gekommen war. Dabei litt Patient an heftigem Pruritus.

Lewes (27) will bei 60% der Kinder aus der ärmeren Volksschichte von Liverpool Purpura beobachtet haben, wobei meist der Thorax, Kehlkopf und Oberarm betroffen waren, sodann das Gesicht, seltener Kopfhaut, Unterleib, Beine und Füsse. Die Farbe der Flecke war zuerst eine hellrothe, nach einigen Tagen eine bräunliche oder gelbliche. Die Flecke waren Wochen und Monate vorhanden, ehe sie völlig schwanden. Einzelne Fälle zeigten Jahre hindurch Nachschübe. — Williams (Brit. med. Journ. 1874. Nr. 694) sagt dagegen, dass „fast" sämmtliche von L. als Purpura angeführte Fälle nichts anderes als Flohstiche darstellen, ferner dass der oft sehr lange Bestand des Leidens sich durch das Verweilen unter denselben Bedingungen erklärt, während ein Wechsel, wie ihn der Aufenthalt im Krankenhause darbietet, das Leiden sogleich endet. Versuche haben ihm ferner erwiesen, dass die Dauer des Bestehens eines Flohstiches sehr variirt, je nach der Individualität des Kranken, der betroffenen Localität und der Energie, welche das Insect entfaltet. So sah er Flohstiche bis zu 8 Tagen persistiren. (Die Schwierigkeiten bei der Flohstichdiagnose sind doch eigentlich nicht exorbitant! Ref.)

An einer Schwangeren fanden sich nach Angabe Dohrn's (28) ohne andere nachweisbare Ursache als schlechte Ernährung kleine,

stecknadelkopfgrosse, scharf umschriebene Blutextravasate auf der ganzen Haut, mit Ausnahme der Handteller, Fusssohlen und der Schleimhäute. Die Epidermis darüber intact. Diese Extravasate verschwanden noch vor der regelmässigen Niederkunft mit den bekannten Farbenveränderungen.

Das sonst normal entwickelte Kind, ein Mädchen, zeigte ganz dieselben Flecken, die nach wenigen Tagen verschwanden. Neue bildeten sich an der Conjunctiva und am harten Gaumen.

Verf. weist noch darauf hin, dass allerdings Fälle von angeborenem Morb. mac. Werlh. vorliegen, aber keiner, in welchem die Uebertragung von der Mutter auf das Kind berichtet wird. (Aber schlechte Ernährung konnte doch beiden gemeinsam sein! Ref.)

Mollière (29) gelangt nach Anführung von zehn Krankengeschichten zu folgenden Schlussfolgerungen über die Werlhof'sche Krankheit:

1. Die Werlhof'sche Krankheit ist kein selbstständiges Krankheits-Individuum wie der acute Rheumatismus und die Eruptionsfieber.

2. Purpura kann bei vielen Krankheiten und bei Individuen der verschiedensten Beschaffenheit, sowohl bei ganz gesunden als in hohem Grade kachektischen Personen auftreten.

3. Die Veranlassung zu jenen Hämorrhagien ist in vielen Fällen in einer angeborenen oder erworbenen Brüchigkeit der Wände der Capillargefässe der Haut und mancher Schleimhäute zu suchen. (Meine Experimente [diese Vierteljahresschrift, 1874, pag. 337] scheinen das Gegentheil zu beweisen. Ref.)

4. Diese Brüchigkeit ist übrigens je nach den Individuen sehr verschieden. Oft kann sie als eine wahre, hämorrhagische Diathese (Haemophilie der deutschen Autoren) geringeren Grades angesehen werden.

5. Die durch irgend eine Erkrankung eintretende Blutveränderung erhöht die Neigung zu Blutaustritten.

6. Mineralsäuren haben sich immer gegen die in Rede stehende Krankheit bewährt.

30. Blazy. Conjunctivitis pityriasica. (Arch. gén. de méd., März 1874.)

31. Tilbury Fox. Erfolgreiche Behandlung von Pityriasis rubra. (The Lancet, 28. Februar 1874.)



32. **Tilbury Fox.** Die sogenannte Ichthyose der Zunge. (Brit. med. Journ. 21. März 1874.)

33. **Morris.** Ichthyosis der Zunge, gefolgt von Epitheliom. (Brit. med. Journ. 21. Febr. und 14. März 1874.)

34. **Clarke.** Ichthyosis der Zunge (Brit. med. Journ., 14. und 28. März 1874) und Psoriasis der Zunge. (Practitioner, August 1874.)

35. **Mauriac.** Psoriasis der Zunge und der Mundschleimhaut. (L'Union médicale, 28. Mai, 4., 6., 23. Juni, 23. Juli, 17. u. 22. Sept. 1874.)

36. **Jenks.** Elephantiasis vulvae. (Supplem. to the Amer. obstetr. Journ. Vol. 1, 2. Feb. 1874.)

37. **Weir.** Elephantiasis penis durch Harnröhrenstrictur. Amputation. (Arch. of Derm. 1874. I.)

Als eine neue Varietät von Bindehaut-Entzündung beschreibt Blazy (**30**) eine an die „herpetische Diathese" geknüpfte, mit partieller oder allgemeiner Abschuppung der Haut einhergehende Form. — Die Ursache der Conjunctivitis liegt nach dem Verf. in einer Bildung von Pityriasis-Plaques auf der Conjunctiva selbst, deren Secret anstatt Fett- und Eiterkörperchen und wenig abgeplatteter Epithelialzellen in grosser Menge junge, kaum ausgebildete Epithelzellen enthält. — Dass auch auf der Cornea eine Desquamation vorhanden sei, sucht der Verf. durch das Vorkommen häufiger dunkler Flecke im Gesichtsfelde zu erweisen, welche durch Bewegungen der Lider entfernt werden. — Die Therapie des Verf. bestand in Dampfdouchen mehrere Male im Tage.

Fox (**31**) ist der Meinung, entgegen der mancher Dermatologen, dass Pityriasis rubra heilbar sei; er hat bis jetzt vier Fälle gesehen und berichtet nun über einen fünften, einen 52 Jahre alten Mann, der seit 2 Monaten mit diesem Leiden behaftet war. Nach der genauen Schilderung des Aussehens, wobei auf den spärlichen, kein Eiweiss enthaltenden Urin, auf das Oedem der Füsse und auf die blasse Hautfarbe hingewiesen wird, kommt Verf. zur Therapie, die in ausgedehnter Anwendung von Diureticis besteht.



Er erklärt den Nutzen dieser Mittel damit, dass, indem die Thätigkeit der Nerven aufs höchste gesteigert wird, die äussere Haut die nöthige Ruhe erlangte, sich zu erholen und zu restituiren.

Unterstützt wird die Behandlung durch Einreibungen mit Olivenöl, durch Dampfbäder und durch den innerlichen Gebrauch von Eisenperchlorid.

Fox (32) leugnet den Zusammenhang zwischen der sogenannten Ichthyose der Zunge (Hulke) und der eigentlichen Ichthyose der Haut, er hält die Ichthyosis linguae für eine warzenähnliche, ein Anfangsstadium des Epithelioms bildende Wucherung, und schlägt vor, sie Tylosis oder Keratosis zu nennen.

Morris (33) hatte in der That kurz vorher drei Fälle von Epitheliom der Zunge nach der sog. Ichthyosis linguae beschrieben. Alle drei Patienten waren circa 50 Jahre alt und litten 9—11 Jahre lang an der „Ichthyose", bevor das Epitheliom sich entwickelte. Syphilis war in allen drei Fällen sehr problematisch, auch versagten Specifica ihre Wirkung. Der dritte Fall lässt die Annahme des Verfassers, dass dem Epitheliom jener „ichthyotische" Zustand der Zunge vorausgegangen sei, nicht als sicher erkennen.

Auch nach Clarke (34) ist die Bezeichnung Ichthyosis linguae nicht passend, weil die eigentliche Ichthyosis der Haut immer mit Talgdrüsenaffection und perspiratorischen Functionsstörungen der Haut combinirt, eine congenitale Erkrankung und constant unheilbar sei. Die fälschlicher Weise als Ichthyosis linguae bezeichnete Affection sei nie congenital, bleibe nicht constant, sondern habe entschiedene Neigung krebsig zu werden, so dass man sie als erstes Stadium des Carcinoms auffassen könne.

Ebensowenig hält der Verf. jedoch die Bezeichnung Psoriasis linguae [Debove] (diese Vierteljahresschr. 1874, pag. 422) für berechtigt; die eigentliche Hautpsoriasis sei vorzugsweise eine epitheliale Erkrankung, die den Papillarkörper nicht überschreite; sie komme congenital sowohl, als auch im früheren und späteren Lebensalter vor. Sodann finde man bei Psoriasis der Haut unter der desquamirten Stelle junges Epithel, welches unter geeigneter Behandlung die Heilung vermittele. Bei Psoriasis linguae dagegen trete unter



den abgelösten Borken eine rothe, entzündlich geschwollene, rauhe Unterlage zu Tage.

Deshalb ist C. der Ansicht, dass beide Namen für die bekannte diffus beginnende, warzige Zungenhyperplasie mit Verdickungen des Epithels fallen zu lassen seien, und schlägt gleich Ullmann und Fox den Namen Tylosis linguae vor. Es gibt aber nach C. eine seltene Affection der Zunge, für die der Name Psoriasis linguae beizubehalten sei (? Ref.), eine Erkrankung, welche anatomisch mit der eigentlichen Hautpsoriasis ungemein viel Aehnlichkeit habe (? Ref.), aber ganz verschieden von Tylosis sei. Sie beruht angeblich auf Hyperämie des Papillarkörpers mit Exsudation in das Epithellager. In einigen Tagen bildet sich eine desquamirte Stelle, die nach Ablösung der Epidermisschuppe in wenigen Tagen spurlos verheilt, aber an derselben Stelle oder in der Nähe recidivirt. Bei passender Behandlung ist diese meist mit Syphilis verbundene Affection leicht zu heilen.

Auch Mauriac (35) fasst die Psoriasis der Zunge und der Mundschleimhaut als eine chronische Entzündung der oberen Schleimhautschichten mit Hypersecretion des Epithels auf (das passt für Alles und darum für gar Nichts. Ref.), beschreibt die Bildung opaliner, grauer und weisser Schuppenplaques meist nach Ablauf eines erythematösen Stadiums, dann Ulceration und Rhagadenbildung (Das soll mit gewöhnlicher Psoriasis analog sein! Ref.) und schliesslich insulare Narbenbildung als ihre Hauptsymptome und erklärt endlich, dass diese „Psoriasis“ sowohl bei Lues als ohne dieselbe vorkomme. In ersterem Falle trete mehr der ulceröse als der squamöse Charakter der Plaques hervor.

(v. Sigmund und nach ihm Kaposi bezeichnen als Psoriasis ebenfalls eine solche, opaline Flecke darstellende Affection der Mundschleimhaut und Zunge, von welcher Kaposi (Syphilis der Schleimhäute, Erlangen 1866) behauptet, dass sie nur bei Syphilis vorkomme. Die Beweisgründe, welche K. für die Identität dieses Processes mit gewöhnlicher Psoriasis der Haut vorbringt (pag. 85), sind auf eine nicht wohl zu vertheidigende anatomische Anschauung über den psoriatischen Process gegründet. Unserer Ansicht nach hat der syphilitische Process, insoweit er eine Trübung des Epithels an Schleimhäuten u. s. w. und locale Congestion einzelner Stellen



bewirkt, weder an der Zunge, noch an der Eichel u. s. w. irgend etwas mit der Psoriasis non syphilitica der Haut gemein und verdient daher auch nicht diesen Namen. Ebensowenig ist nach unserer Meinung die Bezeichnung Ichthyosis für irgendwelche Zungenaffection gerechtfertigt. Es gibt eben Epithelerkrankungen der Zunge, welche der Syphilis, andere welche dem Cancroid angehören, und endlich einfach durch Reize verschiedener Art entstehende Epitheltrübungen, welche, wenn sie länger bestehen, immerhin eine Disposition zum Uebergange in Cancroide gewinnen können. Ein gemeinschaftlicher Name für alle diese Formen nach dem systematischen Einschachtlungsprincipe ist nicht nothwendig und für das Verständniss der Vorgänge geradezu schädlich. Ref.)

Jenks (**36**) beschreibt einen Fall von Elephantiasis vulvae bei einem 30jährigen Weibe, welches seit seiner Kindheit einen langsam sich vergrössernden schmerzlosen Tumor am rechten Labium aufsitzen hatte. Bei der Aufnahme war der Tumor heiss, schmerzhaft, so gross wie eine Orange, gestielt, rosenroth. Am Mittelfleisch und circa anum fanden sich ähnliche kleinere Geschwülste. Die Kranke starb an Pneumonie, die Untersuchung der Tumoren ergab eine fibröse, bindegewebige, serös infiltrirte Masse. (Als Elephantiasis [Pachydermie] bezeichnet man in der Regel nicht solche gestielte Tumoren, sondern als Fibrome, Sarkome u. dgl. Ref.)

Weir (**37**) beschreibt einen Fall von Elephantiasis penis (papillomatosa) bei einem 59jährigen Manne, der seit 11 Jahren an einer Urinfistel litt, während die Urethralmündung für den Harn undurchgängig wurde. Von dieser Zeit an begann die Pachydermie. Eine nachweisbare vollständige Strictur der Urethra in der Mitte der Pars pendula war, wie sich herausstellte, die Ursache der Fistelbildung sowohl als der Wucherung.

Die Amputatio penis wurde vorgenommen und der Kranke geheilt.

38. Glax. „Xeroderma". (Allgem. Wiener med. Ztg. Nr. 35. 1874.)
39. Hebra jun. Zwei Fälle von Rhinoscleroma [Hebra]. (Jahresber. d. allg. Krankenhauses in Wien für 1874.)

40. Renault. Beobachtung eines Falles von Lepra. (L'Union médicale. 1874. Nr. 13.)

41. Hebra jun. Ein Fall von Lepra. (Jahresber. d. allgem. Krankenhauses in Wien für 1874.)

42. Bull und **Hansen.** Die leprösen Erkrankungen des Auges. (Christiania 1873.)

43. Hebra jun. Ein Fall von Molluscum fibrosum. (Jahres-Bericht des allgem. Krankenhauses in Wien für 1874.)

44. Juler. Ein Fall von Cheloid, Molluscum fibrosum vortäuschend. (The Brit. med. Journ., 18. April 1874.)

45. Deprès. Naevus pilosus. (Gaz. hebd. Nr. 16. 1874.)

46. Griffini. Ueber Tuberculose der Haut und der Wunden. (Giorn. ital. IX. 1874.)

Glax (38) schildert folgenden Krankheitsfall, den er als Xeroderma (Kaposi) bezeichnet:

Gelsinger Gertrud, 26 Jahre alt, Conducteursgattin, wurde am 1. Februar 1873 auf die medicinische Klinik in Graz aufgenommen. Sie gibt an, dass sie schon als Kind an einer eigenthümlichen Sprödigkeit der Haut, welche besonders an der Stirne ausgesprochen war, gelitten habe. Ausserdem bestanden fortwährend katarrhalische Affectionen. Die Menses stellten sich mit dem 16. Lebensjahre ein, waren stets unregelmässig und mit Beschwerden verbunden.

Von dieser Zeit an bis zum Jahre 1868 verrichtete die Patientin die Dienste eines Kellermädchens, eine Beschäftigung, welche ihr namentlich wegen des Treppensteigens sehr beschwerlich war.

Die Kranke gebar im Februar 1869 ohne besondere Beschwerden ein reifes Kind. Bald darauf trat angeblich in Folge einer Gemüthsbewegung Erbrechen und Fieber ein, welches von Anschwellung und Schmerzhaftigkeit der Knie- und Sprunggelenke gefolgt war. Seit jener Zeit leidet sie häufig an Herzklopfen.

Gegen Ende des Jahres 1869 bemerkte die Kranke das erstemal ein Spannen beim Strecken des rechten Armes und bald darauf auch im linken Ellbogengelenke und an den Fingergelenken beider Hände. Zu gleicher Zeit traten im Gesichte und an den oberen Extremitäten dunkle Flecken auf. Die Behinderung der Beweglichkeit griff immer mehr um sich.



Der Körper war bei der Aufnahme mittelgross, abgemagert. Die Haut erscheint allenthalben verändert und ihre Temperatur, namentlich an den Händen, subnormal; dennoch ergibt eine Messung in der Achselhöhle 37° C. Die Gesichtszüge sind etwas starr, ohne jedoch so unbeweglich zu sein, dass man den Eindruck hätte, eine Wachsfigur vor sich zu haben, wie dies bei Sclerodermie der Fall ist. Die Haut des Gesichtes ist am meisten an der Nase und an den Lippen gespannt, so dass der Mund nur in der Weite von 2 Cent. geöffnet werden kann und die Mundspalte faltig zusammengezogen erscheint. Die Nase ist sehr blass, etwas seitlich comprimirt und die Spitze nach abwärts gezogen. Die Augenlider sind verhältnissmässig wenig verändert und nur der innere Winkel des linken Auges sehr breit und die Carunkel eingesunken. Die Wangen etwas eingefallen und die Haut daselbst pergamentähnlich, dünn, etwas pigmentirt und zahlreiche erweiterte Gefässchen zeigend. In einem ähnlichen Zustande befindet sich die Stirnhaut, an welcher nebenbei noch einzelne querverlaufende Linien, die an eine früher bestandene Faltung erinnern, zu bemerken sind. Die Haut an den Ohrmuscheln ist straff gespannt, die Ohren nach rückwärts gezogen. Am Halse erscheint die Haut dunkelbraun pigmentirt, die Epidermis runzlig und trocken; oberhalb der linken Clavicula einzelne weisse, pigmentlose Flecke. Unter den Schlüsselbeinen ist die Haut beiderseits bis zur zweiten Rippe weiss und weniger verändert, zeigt aber an der Brust und den Seitengegenden des Thorax dieselbe Pigmentirung wie am Halse und lässt sich in kleine Falten aufheben.

In einem ähnlichen Zustande befindet sich die Haut des Bauches, des Rückens, der Oberschenkel und Oberarme. An den Vorderarmen, den Händen und Füssen der Kranken ändert sich die Beschaffenheit der Haut und zeigt hier mehr ein starres, marmorgleiches Aussehen. Die Haut über beiden Ellbogengelenken ist straff gespannt und glänzend, sowohl Streckung als Beugung ist behindert und kann namentlich die rechte Hand nur auf die Distanz von 10 Cent. dem Gesichte genähert werden. Am stärksten sind die Hände ergriffen, welche sämmtliche Finger vollkommen starr in halbflectirter Stellung zeigen.

Eine Bewegung in den Phalangealgelenken ist unmöglich und man hat den Eindruck, als wollten die Knochen nächstdem die Haut durchbohren. An der ganzen Dorsalseite der Hände finden sich



zahlreiche Pigmentflecke, während die Volarseite nicht pigmentirt ist. Die Nägel sind stark gewölbt, zeigen aber sonst keine bemerkenswerthen Veränderungen. Die Unterschenkel und Füsse bieten ein ähnliches Bild wie die oberen Extremitäten und ist auch hier die Beweglichkeit in den Gelenken sehr vermindert. Die Haut ist überall straff gespannt, doch zeigen sich hier, namentlich am Malleolus externus des linken Fusses, zahlreiche Teleangiectasien.

Die übrige Untersuchung der Kranken ergibt mit Ausnahme einer leichten Bicuspidal-Insufficienz nichts Abnormes. Schmerzen bestehen nicht, ausser bei dem Versuche, sich lebhafter zu bewegen, oder bei unsanfter Berührung. Pulsfrequenz 96 in der Minute, der Puls sehr klein und hart.

Die Kranke wurde nicht bis zu ihrem Tode (im Sommer 1873) beobachtet. Unter dem Gebrauche von Amylalkohol (in Inhalationen) soll sich ihr Zustand etwas gebessert haben.

(Der oben beschriebene Fall ist ein Fall von Sclerodermie in der atrophischen Form. Darüber kann um so weniger ein Zweifel herrschen, als an einzelnen Hautstellen auch die marmorharte wie leichenstarre Consistenz zugleich beobachtet wurde. Die von Kaposi aufgestellte neue Krankheitsform „Xerodermie" möchten wir nicht als berechtigt ansehen. Die Krankheit selbst scheint uns nicht genügend charakterisirt und nicht genügend von der atrophischen Form der Sclerodermie oder der Wilson'schen „general-atrophy" unterschieden. Was aber den Namen Xerodermie betrifft, passt er nicht, weil derselbe eine trockene Haut bedeutet und daher mit Recht von Wilson auf eine trockene, dürre Hautbeschaffenheit angewendet wird, wie sie leichten Graden von Ichthyose eigen ist und von letzterem Autor mit einer Secretionsverminderung der Talgdrüsen in Zusammenhang gebracht wird. Durch die Wahl der schon bestehenden Bezeichnung Xerodermie für eine ganz andere Krankheit als die vom Erfinder des Namens intendirte; für eine Krankheit, deren selbstständige Existenz kaum als berechtigt anzusehen ist, hat Kaposi, abgesehen von der geringen Begünstigung, welche ihm die Etymologie in diesem Falle gewähren könnte, der pathologischen Terminologie keinen Nutzen erwiesen, wie ja aus der vorliegenden Krankheitsgeschichte auch schon ersichtlich ist. Ref.)

Mit Rhinosclerom, der erst in neuester Zeit von Hebra beschriebenen Affection der Nasenhöhle, standen im Jahre 1874 die 21jährige Wärterin W. Marie und der 23jährige Schuster J. Josef im allgemeinen Krankenhause in Wien in Behandlung. (**39**)

Erstere wurde vor 2 Jahren auf der III. chirurgischen Abtheilung des allgemeinen Krankenhauses, nachdem antisyphilitische Mittel erfolglos geblieben waren, durch locale Eingriffe so weit hergestellt, dass die Nasengänge wegsamer und die Schlingbeschwerden geringer wurden. Während eines darauffolgenden Typhus war der alte Zustand wieder eingetreten, wesswegen Patientin auf der dermatologischen Klinik Hilfe suchte und anfänglich in ambulatorischer Behandlung stand. Beide Nasenhöhlen waren mit einer derben, leichtblutenden, von mehr weniger normal aussehender Schleimhaut bedeckten Neubildung ausgefüllt, welche jedwede Durchgängigkeit aufgehoben hatte. Das Gebilde reichte im Nasenrachenraum soweit herunter, dass es hinter dem Velum sichtbar wurde und auch dort vollständige Obturation herbeigeführt hatte. Es wurden Excisionen und Aetzungen mit Lap. inf. vorgenommen, sowie Pressschwamm eingelegt und so die Anbahnung einer Wegsamkeit eingeleitet. Nachdem Patientin einige Wochen nicht in das Ambulatorium gekommen war, hatte sich aber wieder Alles so verschlimmert, dass ihre Aufnahme dringend erschien und am 10. Februar 1873 erfolgte. Der Zustand war dem obengeschilderten analog und ragte das Neugebilde sogar schon bei den Nasenlöchern hervor.

Im Uebrigen ist das Aussehen der Patientin ein vortreffliches und alle übrigen Organe functioniren normal. Es wurden neuerdings Aetzungen und Excisionen gemacht und die den Nasenrachenraum anfüllenden Gewebsmassen mit einem von der Nase aus eingeführten Katheter durchstossen. Dies gelang jedoch nur von der linken Seite aus, so dass durch die rechte Nasenhöhle nicht geschneuzt werden konnte, während die Passage für die Luft in der linken ganz frei wurde. Bei der grossen Schmerzhaftigkeit der Proceduren und der langen Zeit, die vergangen war, bis der erwähnte Erfolg erzielt wurde, verlor Patientin die Geduld und verliess am 24. April die Anstalt.

Der Zustand des zweiten Patienten war dem der ersten sehr ähnlich, nur waren die Nasenhöhlen von der bindegewebigen Neubildung noch mehr angefüllt, wodurch die Härte bedeutender war



und die Nase eine noch unförmigere Gestalt angenommen hatte. In der Kenntniss der Nutzlosigkeit jedweder inneren Medication war das Heilverfahren analog dem obenangegebenen und auch der Erfolg ein ebenso geringer.

Ein mexicanischer Officier — so erzählt Renault (**40**) — bemerkte in seinem 19. Jahre, dass seine rechte grosse Zehe vollkommen anästhetisch sei. Nach vier Jahren griff diese Empfindungslosigkeit auf das rechte Bein über. Zugleich entwickelten sich Lepraknoten im Gesicht; nach 9 Jahren war der ganze Körper mit derlei Flecken und Knoten übersäet und nach 11 Jahren starb der Patient in einem urämischen Anfall, nachdem er noch an Albuminurie gelitten hatte. — In der Leiche fand man zwei exulcerirte Knoten im Kehlkopf, Nierenatrophie und die Leber amyloid degenerirt.

M. L. aus Stragari in Serbien, 20 Jahre alt, katholisch, ledig, bot bei seiner Aufnahme am 7. December 1872 folgendes von Hebra jun. gezeichnete Bild der leprösen Erkrankung: (**41**)

Die Haut des Gesichtes ist dunkel pigmentirt, an der Glabella und über beiden Supraorbitalbögen der Haut gleichgefärbte, aneinandergereihte Knoten bemerkbar. Die Cilien fehlen und nur im inneren Winkel der Lidspalte finden sich deren einzelne wenige. Die Lidränder wulstig verdickt, von erweiterten Gefässen durchsetzt.

Der Nasenrücken ist an der Grenze des knöchernen und knorpeligen Theiles eingesunken; am rechten Nasenflügel ein bei zwanzigergrosser, derber, schmutziggelbbrauner Knoten, der sich scharf von der Umgebung abgrenzt. An beiden Wangen theils discrete, theils confluirende, schmutziggelbe, derbe, knotige Infiltrate. Ober- und Unterlippe massiger, ihre Bewegungen schwerfällig.

Die Haut am Kinne in gleicher Weise von derben, knotigen Massen infiltrirt, im Uebrigen ist die Haut des Gesichtes derber und gibt auch an Stellen, wo durch den Gesichtssinn nichts Abnormes wahrnehmbar ist, dem Gefühle kleinere, knotige Infiltrate zu erkennen.

Die Haut des Tragus und Antitragus derber, am Handrücken beiderseits massig. Am Oberarme ist die Empfindung sowohl an den normalen, als auch an den verfärbten Partien herabgesetzt, stellenweise ganz aufgehoben, das untere Drittel der Vorderarme, sowie beide Handrücken ganz anästhetisch, während das Auge seine nor-

male Empfindlichkeit besitzt. Die Decke am Halse unterhalb des Kinnes derb infiltrirt, von tuberösem Anfühlen, gelblichbraun pigmentirt; doch finden sich verschieden grosse und gestaltete Partien von normaler Textur und Farbe stellenweise hier eingestreut; eine grössere solche normale Hautpartie nimmt die Gegend über dem Manubr. sterni ein.

Gleich von der Spina oss. il. ant. sup. nach abwärts beginnen erst mehr verwachsene, weiter aber schärfer markirte, gelbröthliche, mehr als handtellerbreite, bandartige Streifen, in welchen zahlreiche, gelbliche oder auch pigmentlose und dann meist anästhetische Partien eingestreut sich vorfinden.

Die Haut der unteren Extremitäten, fettig glänzend und von weichem, geschmeidigem Anfühlen, zeigt fast durchwegs an den pigmentirten Stellen, den Follikelmündungen entsprechend, eine leichte runzelige, epidermidale Erhebung, nach deren Entfernung ein dunkles pigmentirtes Rete Malp. sichtbar wird. Am rechten Knie befindet sich eine mit Borken bedeckte, stellenweise vernarbende, weitläufige Ulceration; dessgleichen an der Streckseite des linken Unterschenkels zahlreiche, discrete, scharfrandige Geschwüre, in deren Umgebung die Haut leicht verschiebbar erscheint.

Die Haut über dem Fussrücken beiderseits leicht ödematös, stellenweise eine braunrothe Verfärbung zeigend.

Entsprechend dem linken Tub. oss. isch. eine über handtellergrosse, dunkelbraune, festhaftende Verschorfung, eine gleiche, mehr oberflächliche, länglichovale am rechten Sitzknorren.

Der ganze Rücken zeigt im Allgemeinen die normale Hautfarbe, nur hie und da bemerkt man bei flachhandgrosse, in ihrer Peripherie etwas verwaschene, lichter und dunkler pigmentirte Stellen, in diesen eingestreut wieder normal gefärbte Partien.

Dicht hinter dem oberen Zahnfächerfortsatze zieht durch die Mitte des harten Gaumens ein nach vorne zu $^1/_3$'' breiter, in der Mitte breiter werdender, an der Grenze des weichen Gaumens $^5/_4$'' breiter, mit schmutzigem Belege versehener, oberflächlich exulcerirender Streifen, innerhalb dessen inselförmige, normale Schleimhautreste sich vorfinden. In gleicher Weise erscheinen Uvula und Gaumenbögen entartet. An der Oberfläche der Zunge erscheinen die Papillen mächtig entwickelt, namentlich die Papillae circumvallatae, die ausser-



gewöhnlich hervorragen und von einer dichten Schichte nekrosirten Epithels bedeckt sind.

Mit dem Laryngoskope sieht man:

Die Epiglottis bedeutend verdickt und gleich der hinteren Larynxwand und den bedeutend geschwellten ary-epiglot. Falten höckerig uneben, von weisslichem Epithel bedeckt. — Beide wahren Stimmbänder bedeutend verdickt, weisslich, leichte Abschürfungen zeigend. Auch an der vorderen Fläche der hinteren Larynxwand findet sich eine höckerige Verdickung. — Die Beweglichkeit der Stimmbänder ist normal, die Glottisspalte aber selbst bei tiefster Inspiration nicht von normaler Weite.

Patient gibt an, dass sowohl sein Vater als sein Onkel von dieser Krankheit befallen waren; die Mutter sei gesund. Gesichtssinn und Gehör nicht alterirt. Dem Ausbruche der Krankheit gingen keine Prodromi voran, sondern sie begann mit Geschwüren am Ellbogen und an den Knieen. Hierauf in seinem 12. Jahre hatte er Schmerzen in den Gelenken durch 2—3 Monate, dann trat Fieber auf, das in unregelmässigen Intervallen während $^5/_4$ Jahren wiederkehrte und mit dem Ausbruche eines Exanthems schwand.

Therapie: Dreimal täglich ein Douchebad.

Im Laufe von 9 Monaten, d. i. vom 12. December 1872 bis 18. September 1873 traten wiederholt Erisypelas faciei mit Abscessbildung, sowie suffocative Anfälle durch das Ergriffensein der Stimmritzenbänder auf. Von Zeit zu Zeit entstanden hie und da Blasen, deren Inhalt sich entleerte und aus welchen sich Geschwüre und mit Schorfen bedeckte Stellen entwickelten.

An der Conjunctiva Bulbi, sowie an beiden Unterschenkeln traten zeitweise Hämorrhagien auf und längs des Verlaufes der Stämme der Extremitätsnerven (brachialis, ischiadicus etc.) klagte der Kranke über oft wiederkehrende Schmerzen.

Im Beginne des Monats September begann ein entzündlicher Process in der Trachea und den Lungen, welchem der Kranke endlich erlag.

Die Nekroskopie bestätigte die in der Haut und auf den Schleimhäuten angegebenen pathologischen Veränderungen und wies nach, dass von inneren Organen, mit Ausnahme des in graurother Hepatisation angetroffenen rechten Lungenflügels, keines in beachtenswerther Weise erkrankt war; nur die Nerven und die Venenwände, und zwar



vor Allem die oberflächlichen der oberen und unteren Extremitäten waren auf das Drei- bis Vierfache verdickt. Die Affection der Larynx-Schleimhaut erstreckte sich weiter nach abwärts bis auf die Trachea in der Höhe etwa des 14. Trachealknorpels.

Bull und Hansen (42) theilen die Erkrankungen des Auges im Verlaufe der Lepra in solche, welche einen unmittelbaren Ausdruck der bestehenden Dyskrasie darstellen, und in solche, welche erst secundär das Sehorgan ergreifen, ein. Das Auge wird sowohl bei der Lepra tuberculosa als bei der Lepra anaesthetica ergriffen, und zwar werden am häufigsten die Cornea und die Iris befallen: Iritis findet sich circa in 30 Procent von Lepraerkrankungen, und zwar in mehr gleichmässiger oder in höckeriger Form. Bei der glatten Form des Aussatzes im Allgemeinen entwickeln sich meist Knoten auf der Iris; dagegen kommt es im Beginne der tuberculosen Aussatzform häufiger zu einer in Folge von Hornhautvereiterung durch Lähmung des M. orbicularis bedingten Iritis. Die vordere Partie der Choroidea und der Retina erkranken gleichfalls in manchen Fällen.

Wenn sich die leprösen Affectionen auf den Augenlidern oder in deren Nähe localisiren, so kommt als natürliche Folge Ectropium und Lähmung des M. orbicularis orbitae hinzu.

Einen interessanten Fall von Molluscum fibrosum beschreibt Hebra jun. (43) bei einer Witwe von 54 Jahren, welche angab, im 17. Lebensjahre ein heftiges, über den ganzen Körper verbreitetes Jucken verspürt zu haben. Nach 4wöchentlichem Bestande soll dies lästige Gefühl dem Beginne der gegenwärtig vorhandenen Neubildung gewichen sein (?).

Die Menstruation ist angeblich im 15. Jahre aufgetreten und seither normal vor sich gegangen. Im 25. Jahre heirathete Patientin und gebar in rascher Aufeinanderfolge 9 Kinder, die alle am Leben und gesund sind und von denen das jüngste 20 Jahre alt ist. Von anderweitigen Krankheiten ist sie nie befallen gewesen und sieht auch jetzt noch relativ gut aus.

Status praesens vom 2. December 1872: Vom behaarten Theile des Kopfes angefangen findet man eine grosse Anzahl über den ganzen Körper ziemlich gleichmässig zerstreuter, meist derb anzufühlender,



beutelartig herabhängender Gebilde. Die kleinsten derselben stellen kaum merkliche, etwa linsenkorngrosse Hervorwölbungen der normalgefärbten Haut dar, während die grössten bis zur Grösse einer Mannsfaust herangewachsen waren. Fühlt man bei diesen in die Tiefe, so merkt man die Resistenz eines wie eingelagerten, härter anzufühlenden, etwa hirsekorngrossen Körpers; die Haut selbst ist darüber faltbar. An anderen derlei Gebilden ist dieses Körperchen inniger mit dem Corium verbunden. Je mächtiger die Hervorwölbung der Haut ist, desto grösser — im Breiten- und Längendurchmesser — wird die Wucherung in derselben, so dass nebst haselnuss-, wallnuss-, tauben- und ganseigrossen (linker Handrücken) Geschwülsten, die in ihren verschiedenen Grössen bald breit, bald gestielt aufsitzen, auch sehr umfangreiche, mit theilweise lappigem Bau (Hinterhaupt) bis 2 Pfund wiegende vorhanden sind. In den mässig grossen Geschwülsten ist beim Fühlen das Agglomerirtsein mit quasidichotomischen Verzweigungen zu fühlen, die sich eine Strecke weit verfolgen lassen und dann wie auf einem gemeinsamen Stiele aufzusitzen scheinen.

In der Gegend des linken inneren Knöchels sitzt eine über faustgrosse, meist mit normalgefärbter Haut überzogene harte Geschwulst fest den Mittelfussknochen auf. Auf der Höhe der Geschwulst befindet sich ein über thalergrosses missfärbiges Geschwür mit aufgeworfenen, wulstigen, harten Rändern und gangränescirender Basis. Die Geschwulst selbst ist schmerzhaft und veranlasst ziehende Schmerzen längs des Unterschenkels.

Während hie und da kleine Partien des necrotischen Gewebes sich abstossen, vergrössert sich die Geschwulst in toto sehr rasch, so dass sie nach 14 Tagen die Grösse eines Kindskopfes erreicht hatte, und bis Ende December bis Manneskopfgrösse angewachsen war. Sie ist nun bei Berührung leicht blutend, von weniger derber Consistenz als früher. Zu dieser Zeit traten auch häufigere Diarrhoen ein. Nach einer Messung vom 2. Jänner betrug der Umfang des Tumors im horizontalen Durchmesser 40, im verticalen 39 Cm.

Am 8. Februar wurde eine elastische Ligatur (nach Dittel) um den ungefähr $3^1/_2$ Zoll dicken Stiel der Geschwulst und zugleich um ein etwa eigrosses Molluscum pendulum am Oberschenkel angelegt. Das Molluscum fiel, nachdem es zu einer, einer gedörrten Pflaume vollständig ähnlichen, schwarzen, runzlichten Masse einge-



trocknet war, nach 4tägiger Unterbindung ab, während die grosse Geschwulst am Knöchel erst am 19. Februar, also nach 11 Tagen abgefallen war und 22 Loth wog. — 2. Februar: Die lange andauernden Diarrhoen, die nicht immer gestillt werden können, bringen die Patientin sehr herab: in den Stühlen finden sich gelblich-röthliche Massen von anscheinend schwammiger Consistenz. — 25. Februar: Bedeutender Collapsus. An der Stelle der abgeschnürten Geschwulst zeigt sich ziemlich rasch neuer Nachwuchs, so dass nach 6 Tagen der neue Tumor schon mehrere Linien das Hautniveau überragt. — 27. Februar: Nachts erfolgt der Tod.

Sectionsbefund: Körper sehr abgemagert, Hautfarbe fahl, Schädeldach von gewöhnlicher Dicke, schwammig; die inneren Hirnhäute und das Gehirn mässig mit Blut versehen, weicher, feuchter; in den Hirnhöhlen $1\frac{1}{2}$ Unzen klaren Serums. Die Schilddrüse 5fach vergrössert, durch eingelagerte, bis nussgrosse, zum Theil colloid degenerirte, zum Theil fibrös entartete Knoten neugebildeten Schilddrüsenparenchyms.

Die rechte Lunge an der Spitze angeheftet, groblückig, substanzarm, ziemlich blutleer, ihre Bronchien erweitert, mit reichlichem eiterigen Schleim versehen. In der Mitte des Oberlappens ein wallnussgrosser, derber, weisser, etwas faserig aussehender Knoten. Die linke Lunge gleichfalls an der Spitze angewachsen, ihre Bronchien erweitert: namentlich im verkleinerten Oberlappen sind die Bronchien bis in die feinsten hinein zu Ampullen bis zu Erbsengrösse erweitert.

Im Herzbeutel 1 Drachme klaren Serums. Das Herz zusammengezogen; in seinen Höhlen wenig flüssiges und locker geronnenes Blut, etwas Fibrin; das Herzfleisch blässer.

Die Leber blassbraun, zähe.

Die Milz blass, ziemlich dicht; in derselben zwei erbsengrosse, unregelmässige, weisse, dichte, von einem rothen Hofe begrenzte Stellen.

Im Magen bräunlicher Schleim. In den Gedärmen breiig chymöse und faeculente Stoffe. Im unteren Theile des Dickdarmes röthlich gestriemter Schleim. Die Schleimhaut leicht geröthet, breiig abstreifbar.

Beide Nieren blass; derb, in der rechten, und zwar in der Mitte der Rinde sitzend, ein hanfkorngrosser, weisser, derber Knoten. Sexualorgane geschrumpft.



An der inneren Seite des linken Fusses befindet sich ein handtellergrosser, Haut und subcutanes Zellgewebe betreffender Substanzverlust, mit einer granulirenden, von einer Gypstheermasse bedeckten Basis, die aber grobhöckerig erscheint, und aus einer sehr weichen, keinen Saft gebenden Masse, die bis an den Knochen reicht, in welcher eingebettet Gefässe, Nerven und Sehnen verlaufen. Die ganze Hautoberfläche mit verschieden grossen, theils eingebetteten, theils beutelförmig herabhängenden, bindegewebigen Neubildungen besetzt.

Ein Neger von 43 Jahren hatte nach Juler (**44**) über den ganzen Körper zerstreut zahlreiche Tumoren von der Grösse eines Coriandersamens bis zu der eines Erdschwammes [mushroom]. Dieselben sassen in der Haut, theils isolirt — mehrere davon gestielt — theils zu grösseren Gruppen vereinigt; letztere Form namentlich an Brust und Rücken. Diese Gruppen schienen durch Apposition neuer Knoten an der Peripherie zu wachsen, während die älteren, mittleren Partien eine leichte Depression zeigten. Alle Tumoren waren scharf von der umgebenden Haut abgesetzt, ihre Oberfläche war etwas heller als die gesunde Haut, ihre Consistenz fest, ihr dichtes, „faserknorpelähnliches“ Gefüge setzte dem Messer bedeutenden Widerstand entgegen. Die gestielten Tumoren waren weich, aus lockerem Bindegewebe zusammengesetzt, nicht ausschälbar.

Die Entstehung der Krankheit datirte seit 30 Jahren und begann als Hypertrophie einer Abscessnarbe, und es schien, dass sämmtliche Tumoren an den Stellen von Verletzungen, wenn auch nur von Excoriationen entstanden waren.

Deprès (**45**) beschreibt einen Fall von Naevus pilosus fast der gesammten Körperoberfläche bei einem neugeborenen Mädchen. Die Haare glichen überall dem Kopfhaar an Länge und waren dunkel gefärbt. Die Haut an den betreffenden Stellen war stark pigmentirt, an einzelnen Stellen schwarz und zum Theil elephantiatisch hypertrophirt. Den Fall reiht er analogen Beobachtungen von Lawson und Murray (Transactions of the pathol. Society of London. Vol. XXIV. 1873) an.



Griffini hat unter Bizzozero's Leitung dessen Studien über Tuberculose der Haut (s. Centralblatt, 1873, Nr. 19; Giornale della Accad. di Med. di Torino, 1874, Fasc. 14, und diese Vierteljahresschrift, 1874, pag. 114) fortgesetzt. Bekanntlich hatte Bizzozero die Langhans-Schüppel'sche Riesenzellen-Tuberculose in der Umgebung scrophuloser Hautgeschwüre, ferner aller syphilitischer Geschwüre beschrieben; und eine ähnliche Beobachtung, wie die letztangeführte, wurde auch von Köster (Centralblatt, Nr. 58, 1873) an syphilitischen Geschwüren des Penis, der Nase, des Darmes, und an Granulomen der Conjunctiva und Iris; endlich von Friedländer bei Lupus (Virch. Arch., Bd. 60, 1874; diese Vierteljahresschrift, 1874, pag. 427) veröffentlicht.

Griffini schildert nun (46) ebenfalls das Vorkommen solcher als Tuberkel bezeichneter Befunde in syphilitischen Knötchen von der Haut (Lichen. syph. lenticularis et planus) und fügt hinzu zwei Fälle von Tuberculose der Haut und von Tuberculose in den Granulationen des wuchernden Randes eines chronischen Armgeschwüres.

47. **Lancereaux, Besnier.** Uebertragung des Herpes circinatus (tonsurans) von Katzen und von Kälbern auf den Menschen. (L'Union médicale. 1874. Nr. 72.)

48. **Michelson.** Uebertragung des Herpes von einem an Herpes und Scabies leidenden Thiere auf den Menschen. (Nachtrag zu einer früheren Mittheilung unter demselben Titel. Siehe Vierteljahresschr. 1874, p. 429; Berl. klin. Wochenschr. 1874, Nr. 33.)

49. **Sparks.** Acarus folliculorum bei Hunden. (The Lancet. 1874. I. 23.)

50. **Hiller.** Eine acute Pilzinvasion in das Stratum mucosum der Haut, ausgehend von einer Onychomycosis. (Berl. klin. Wochenschr. 18. Mai 1874.)

Bei Gelegenheit einer Mittheilung Lancereaux (47) in der Société médicale, dass er drei Fälle beobachtet habe, in denen Herpes circinatus von der Katze auf den Menschen übertragen worden sei, berichtet Besnier, das der Herp. circin. sehr oft bei Kälbern auftrete und dass er denselben bei Fleischhauern am Handrücken



und am Vorderarme gefunden, deren Beschäftigung es war, die Felle junger Kälber abzuziehen.

Am 15. Juli stellte sich Dr. Michelson (**48**) der Cand. med. Hein mit einem schönen, etwa thalergrossen und noch im Fortschreiten begriffenen Herpes-Fleck in der Achselhöhle des nicht mit den Borken der an Herpes und Scabies leidenden Katze (s. d. Vierteljahresschrift 1874, p. 429) geimpften rechten Armes vor.

„Von wann die ersten Anfänge der Efflorescenz datiren, wusste Hr. Hein nicht anzugeben, da er dieselbe erst unlängst bei einem zufälligen Blick in den Spiegel während des Waschens bemerkt hatte.

Bei dem genannten Herrn waren die Impfborken bereits am zweiten Tage wegen allzu heftigen Pruritus entfernt und der Arm mit Peru-Balsam eingerieben worden.

Das Auftreten des Fleckes in der rechten Achselhöhle würde hinreichend erklärt sein, wenn man annimmt,

> dass eine, rechtzeitig nach jenem Schlupfwinkel ausgewanderte Milbe den Herpes-Samen (sit venia verbo) dorthin verschleppt habe.“

Sparks (**49**) fand bei Hunden, denen die Haare ausgefallen waren und auf deren Haut sich Schuppen und acneartige Knoten gebildet hatten, in den ausserordentlich erweiterten Haar- und Talgfollikeln, sowie in subcutanen Abscessen sehr viele Acari folliculorum. Die Hunde hatten unter diesen Bedingungen stark abgenommen und waren schliesslich gestorben.

Hiller (**50**) beschreibt folgenden Fall von Mykose: Ein 22jähriger Soldat bemerkte unter dem freien Rande des Nagels seines linken Daumens einen kleinen, etwas schmerzhaften schwarzen Fleck. Der Schmerz wurde heftiger und es entzündete sich das ganze Nagelglied. Nach drei Tagen sah H. den Patienten. Die Nägel der sehr unrein gehaltenen Hände hatten einen breiten Schmutzrand, waren meist sehr flach gebildet, sonst normal.

Die Epidermis des Nagelgliedes des Daumens durch trübe, flockige Flüssigkeit vollkommen abgehoben, auch der Nagel in Streifen von dieser Flüssigkeit unterminirt; dicht am freien Rande des Nagels



befand sich im Nagelbett ein stecknadelkopfgrosser, bei Druck schmerzhafter schwarzer Fleck.

Die Flüssigkeit wurde durch Punction entleert, sie enthielt ausser Zellen des Rete Malpighi ein verzweigtes, weitmaschiges Mycelium, dessen Hyphen keine Quertheilung erkennen liessen. Auf besonderen Hyphen aufsitzend, sah man hie und da grosse kugelförmige Sporangien, die mit körnigem Protoplasma gefüllt waren.

Ausserdem waren in der Flüssigkeit zahlreiche kleine, glänzende, kernartige Sporen suspendirt. Diese dem Mucor mucedo angehörigen Elemente fanden sich auch in dem beschriebenen schwarzen Fleck. Es wurde ausser der Entleerung der Flüssigkeit kein weiterer therapeutischer Eingriff vorgenommen. Die Heilung erfolgte nach Abstossung des Nagels binnen etwa einer Woche. Derselbe Patient hatte einige Zeit vorher eine ganz ähnliche Affection am rechten Zeigefinger durchgemacht.

Verf. hebt hervor, dass die leichte Verletzbarkeit der Epidermis unter dem freien Rande des Nagels das Eindringen des Pilzes beförderte, dass die bedeutende seröse Exsudation jedoch seine weitere Entwicklung hemmte und dass die mechanische Herausbeförderung der Pilzelemente die durch dieselben verursachte Krankheit zum Abschluss brachte.



Besprechungen und Anzeigen.



I.

Lehrbuch der Syphilis und der mit dieser verwandten örtlichen venerischen Krankheiten von Prof. Dr. H. Zeissl. Dritte Auflage in 2 Bänden nebst einer Beilage; 28 chromolithographische Tafeln von Dr. Julius Heitzmann enthaltend. Stuttgart, bei Enke, 1875.

Das vortreffliche Lehrbuch der Syphilis von Zeissl liegt uns kurz nach dem Erscheinen der zweiten, schon in dritter Auflage vor. Im Wesentlichen ist diese dritte Auflage von der zweiten nicht verschieden, kleinere Zusätze und stylistische Aenderungen abgerechnet und das über die früheren Auflagen von uns Gesagte gilt in noch höherem Grade für die vorliegende dritte. Die überaus reiche Erfahrung, wie sie dem seit 25 Jahren thätigen klinischen Lehrer eigen ist, und die klare, präcise Darstellung treten in einer grossen Zahl der Capitel des Buches so glänzend hervor, dass sie als klassisch bezeichnet werden müssen. Hieher gehört insbesondere die Schilderung der Primäraffectionen und der Syphilide. Ein oder das andere Capitel könnte, wenn nicht das Volum des Buches Protest einlegte, etwas eingehender abgefasst sein; so z. B. blieb bei der Lehre vom Tripper die Endoskopie ganz unberücksichtigt; bei der Lehre von den Bubonen die von mir vor einem Jahre dargelegten Anschauungen und die so wichtige Abortivmethode der Behandlung, wie ich sie mit eminenten Erfolgen übe. Die Visceralsyphilis ist gleichfalls ein wenig kurz behandelt, lehnt sich aber mit Recht nach dem bisherigen Stande der Wissenschaft in der Hauptsache an

die Angaben Rokitansky's und Virchow's. Dass der Verfasser auf seinem dualistischen Standpunkte stehen geblieben, ist nicht zu wundern, da in der That seit dem Erscheinen der zweiten Auflage keine nennenswerthe Bereicherung der Contagienlehre der Syphilis aufgezeichnet werden kann. Die historischen Auseinandersetzungen des Verfassers leiden hie und da an Ungenauigkeiten und Widersprüchen, jedoch sind diese Mängel so unwesentlicher Natur, dass es mit Kanonen Spatzen schiessen hiesse, wenn man auf derlei Lapsusse näher eingehen wollte. Ueberhaupt scheinen mir aber in einem praktischen, wenn auch von streng wissenschaftlichem Geiste durchwehten Handbuche, wie das vorliegende, alle historischen Gourmandisen überflüssig und es wäre endlich an der Zeit, die alten Herren des Aphrodisiacus wenigstens in den Lehrbüchern in Ruhe zu lassen.

Eine wesentliche Bereicherung erfuhr das Buch durch die beigegebenen, vom jüngeren Heitzmann meist nach eigenen Originalzeichnungen vorzüglich ausgeführten Chromolithographien. Wir sind freilich keine Verehrer derartiger Illustrationen, welche doch das klinische Bild, wie Prof. Zeissl selbst in der Vorrede zugibt, nicht ersetzen und im Allgemeinen bei der ihnen anhaftenden Kostspieligkeit nicht für die Lernenden, sondern eigentlich mehr für die Erklärer der Abbildungen selbst bestimmt zu sein scheinen. Da aber im vorliegenden Falle der Preis des Buches, Dank der Liberalität des Verlegers, nicht wesentlich erhöht wurde, können wir uns immerhin die dem Zeissl'schen Buche beigegebenen 28 Abbildungen gleichsam als Probeskizzen zur Vergleichung mit einzelnen der im Texte des Buches enthaltenen klinischen Bilder mit Vergnügen gefallen lassen.

Die typographische Ausstattung ist reinlich, die Correctur und das Indexwesen sehr mangelhaft. Bei der nächsten Auflage wird sich hoffentlich der Autor selbst die Mühe nehmen, für diese dem Leser nicht unwichtigen Beigaben zu sorgen. Eine schöne Kunststrasse soll auch der richtigen Wegweiser nicht entbehren. A.



II.

Die Localisation der Hautkrankheiten, histologisch und klinisch bearbeitet von Dr. Oskar Simon, Privatdocent der Dermatologie in Berlin. Mit 5 Tafeln. Berlin, 1873. Bei August Hirschwald. 8⁰, 162 S.

Das vorliegende Buch würde unseren Lesern schon längst vorgeführt worden sein, wenn nicht durch Zufall die Zusendung der Recensions-Exemplare unterblieben wäre. Nunmehr ist es wohl überflüssig, auf den Inhalt des Werkchens näher einzugehen, das ja den Dermatologen nicht leicht entgangen sein dürfte. Wie der Verfasser in seiner Vorrede ausspricht, hat die Dermatologie bisher die Fragen über Localisation, Form und Begrenzung der Hautkrankheiten im Allgemeinen und der einzelnen Efflorescenzen im Besonderen nicht genügend gewürdigt, geschweige denn eine einheitliche systematisch durchgeführte, unter leitende Gesichtspunkte vereinigte Darstellung des schwierigen Themas zu geben vermocht. Es ist begreiflich, dass dies Ziel auch vom Verfasser nicht gleich erreicht worden ist; aber er hat mit Verstand und Kenntniss die Sache angefasst, Materialien gesammelt und hie und da schätzbare Anregungen gegeben. Die fundamentalen Langer'schen Gesetze der Spaltbarkeit der Haut und die Voigt'schen Arbeiten über die Vertheilung der Hautnerven sowie über die Richtung der Haare am menschlichen Körper etc. werden vom Verfasser nach dem Vorgange Hebra's (welchem das Büchlein gewidmet ist) eingehend gewürdigt und mit den Arbeiten Sömmerings, Engels und in neuester Zeit Tomsa's in Zusammenhang gebracht. Gegenüber den einseitigen Bemühungen mancher Dermatologen, einmal das Nervensystem, dann die Gefässvertheilung, dann die Spaltbarkeit, dann die Haarvertheilung u. s. w., als alleinige Ursache der Vertheilung und Form der Efflorescenzen auf der Haut hinzustellen, ist die Grundanschauung des Verfassers, welche längst auch die unsere ist, sicherlich die besser begründete. Er setzt auseinander, dass die Vertheilung der Efflorescenzen wesentlich auf der Spannung der Haut, wie sie sich den Gesetzen des Wachsthumes gemäss aus der ursprünglichen Anlage der Gewebe herausbildet, beruhe, und dass Nerven, Gefässe, Drüsen,



Haare nur in einzelnen Krankheitsformen (die sich scharf charakterisiren lassen) als wesentliche Motoren der Form und Vertheilung auftreten, während sie im Allgemeinen selbst den Wachsthumsgesetzen des Grundgewebes der Haut folgen und nur in so fern auf die Richtungslinien und Formen der Hauteruptionen mitbestimmend einwirken.

Indem der Verfasser nun im speciellen Theile die Ursachen der Localisation bei den verschiedensten Hautkrankheiten beleuchtet, gibt er eine sehr lehrreiche Uebersicht der bei den letztern zur Geltung kommenden nosologischen Momente, wie sie in der Dermatologie theils längst als giltig angesehen, theils vom Verfasser mit vielem Geschick hereinbezogen werden. Ein näheres Eingehen in diese Auseinandersetzungen des Autors im Buche selbst ist den Lernenden auf das beste zu empfehlen. A.

Originalarbeiten.



Ein Fall von hochgradiger vereiternder und luxurirender Sarkokele syph. mit gleichzeitiger (gummöser?) Ulceration des Rectums.

Von

Professor **Zeissl** in Wien.

Die Orchitis syphilitica, Albuginitis syph., oder auch Sarkokele syph. gehört an und für sich zu den minder häufigen krankhaften Veränderungen, welche durch die Syphilis hervorgerufen zu werden pflegen. Sie entwickelt sich bekanntlich gewöhnlich in einer späteren Phase der Syphilis, gleichsam auf kaltem Wege, so dass der Kranke erst dann auf seine Hodenerkrankung aufmerksam wird, wenn das kranke Organ bereits einen bedeutenden Umfang erlangt hat. Der Hode kann nämlich in Folge dieser Erkrankung das vierfache seines natürlichen Volumens annehmen. Die Involution des in Rede stehenden Leidens erfolgt in der Regel auf dem Wege der Atrophisirung, so dass der syphilitisch kranke Hode allmälig bis auf ein kleines Rudiment schwindet, wesshalb man seit jeher gewohnt war, von der Sarkokele syph. zu sagen, dass durch sie der betreffende Kranke entmannt oder ohne Encheirese gleichsam castrirt werden könne. Es kann nicht unsere Aufgabe sein, hier das Ganze der Pathogenese der syph. Erkrankung des Hodens zu erörtern. Wir beabsichtigen nur, in Kürze die syphilitische Erkrankung eines Hodens zu schildern, welche von dem gewöhnlichen Verlaufe der Sarkokele syph. insoferne eine Abweichung darbot, als der ergriffene Hode eine monströs entwickelte Wucherung des interstitiellen Bindegewebes zeigte, welches letztere an die anruhende Scrotalhälfte so



mächtig andrang, dass dieselbe im Umfange einer Kindesfaust durchbrochen wurde. Das Geschichtliche des Krankheitsfalles reducirt sich auf folgendes:

V. A., 38 Jahre alt, zog sich im Jahre 1860 ein Infectionsgeschwür der allgemeinen Bedeckung des Membrum virile zu, in Folge dessen eine Vereiterung der Lymphdrüsen in beiden Leistengegenden auftrat. Vom 1. Juni 1860 bis zum 13. August desselben Jahres wurde der Kranke wegen eines nicht näher bezeichneten Exanthems, welches letztere mit einem auffallenden Defluvium capillorum gepaart war, in einem Feldspitale in Italien behandelt. Vom Jahre 1861 bis 1870 ergeben die Anamnestica nichts von Bedeutung. Im Sommer des Jahres 1870 wurde der Kranke von hochgradigen rheumatoïden Schmerzen befallen, welche namentlich das Cranium und die Extremitäten betrafen. Schon zur selben Zeit sollen an den schmerzhaften Punkten der Extremitäten periostale und ostale Anschwellungen bemerkt worden sein. Nach mehrwöchentlichem Bestande der Knochengeschwülste schwoll auch der rechte Hode in beträchtlicher Weise an; die Geschwulst wurde jedoch bald wieder rückgängig. Bei abwechselnder Besserung und Verschlimmerung bestand die bisher geschilderte Erkrankung bis Ende des Jahres 1874. Gegen Ende December 1874 bemerkte der Kranke, dass die Anschwellung des Hodens zunehme und dass sich zur Hodengeschwulst schmerzhafte Anschwellungen beider Handwurzelgelenke sowie des linken Sprunggelenkes hinzugesellten. Diese krankhaften Veränderungen bewogen denselben, ärztliche Hilfe im k. k. allgemeinen Krankenhause an der II. chir. Abtheilung zu suchen, von wo er am 31. December auf die II. Abtheilung für Syphilis transferirt wurde und bei seiner Aufnahme folgenden Status praesens darbot:

Patient bedeutend abgemagert, von erdfahler Hautfarbe, das Kopfhaar stärker gelichtet. Die rechte Scrotalhälfte im Umfange eines Zweithaler-Stückes durchbrochen. Durch die Durchbruchsstelle ragt eine mit moleculärem Detritus bedeckte planconvexe fleischrothe Geschwulst hervor, die wir als den krankhaft veränderten Testikel erkennen mussten. Die erwähnte Geschwulst zeigte den Umfang eines grösseren Apfels und hatte eine ziemlich glatte Oberfläche. An ihrer Basis sah man eine

schwache Abschnürung ohne dass dadurch die Geschwulst gestielt worden wäre. Dem Umfange dieser Geschwulst entsprach ungefähr der Umfang der durchbrochenen Stelle der betreffenden Scrotalhälfte. Der langsame Entwicklungsgang, sowie das nahezu schmerzlose Auftreten der erwähnten Geschwulst und endlich die zahlreichen periostalen und Knochenauftreibungen an den Extremitäten bestimmten uns, die Erkrankung des Hodens als Orchitis syph. aufzufassen. Unterstützt wurde diese Auffassung durch das Vorhandensein von theils achromatischen, theils dunkel pigmentirten nieren- oder sichelförmigen Narben an mehreren Stellen der allgemeinen Bedeckung, welche in der Regel eine syph. Diathese voraussetzen lassen. Die Lymphdrüsen in den Leistengegenden und an anderen dem Tastsinne leicht zugänglichen Stellen waren nur wenig hyperplastisch vergrössert. Samengefäss und Samenstrang normal. An der Glans, links von der oberen Medianlinie sowie am Penis selbst, mehrere Hautnarben als Spuren eines geheilten Ulcerationsprocesses. Lunge frei, Leber normal, die Milz bedeutend vergrössert, eine Vergrösserung, welche wir nicht der Syphilis sondern einer vor Jahren überstandenen Intermittens tertiana zuschreiben zu müssen glaubten. Bekanntlich können syph. Affecte des Hodens sehr leicht mit Skirrhus des Testikels verwechselt werden. Es sind jedem erfahrenen Fachmanne Fälle bekannt, welche als Skirrhus angesehen und zur Castration bestimmt worden waren, während eine mit Misstrauen eingeleitete antisyph. Behandlung den vermeintlichen Skirrhus zum Schwunde brachte. Wir konnten in unserem Falle umsomehr den Skirrhus ausschliessen, als derselbe gewöhnlich dem Hoden ein höckeriges Aussehen verleiht und mit unsäglichen Schmerzen einhergeht. In dem Momente, als der Skirrhus sich zu einem Cancer apertus gestaltet, schwellen gewöhnlich gleichzeitig in Folge der krebsigen Infiltration die benachbarten Lymphdrüsen mehr oder weniger an. Von allen diesen Vorgängen war in unserem Falle nichts zu bemerken. Es erübrigte nur noch, an den Verkäsungsprocess zu denken, der ebenfalls nicht selten zu Verwechslungen Veranlassung zu geben pflegt. Die Verkäsungsherde der Samendrüsen betreffen jedoch gewöhnlich das in der Umgebung des Nebenhodens befindliche Bindegewebe. Die an der erwähnten

Stelle etablirten Verkäsungsherde durchbrechen wohl in den meisten Fällen früher oder später die entsprechenden Scrotalpartien, entstehen aber höchst selten oder niemals im Hoden selbst und lassen gewöhnlich trichterförmig eingezogene Hautnarben zurück. Den Hauptbeweis für die luetische Beschaffenheit des Grundleidens lieferten uns die schon erwähnten Concomitantien, sowie die Anamnestica und wurde dieser Beweis durch den wohlthätigen Einfluss, welchen die Jodpräparate auf die vorhandenen Knochengeschwülste ausübten, erhärtet. [1])

Wir mussten jedoch in unserem Falle nicht nur die luetische Diathese, sondern namentlich die auffallende krankhafte Veränderung des Testikels, welche sich theils als Bindegewebswucherung, theils als Ulceration des Testikels aussprach, ins Auge fassen. Die Bindegewebswucherung, welche vom Corpus Highmori des Hodens auszugehen schien, trat allmälig in so excessiver Weise auf, dass sie den Geschwürsrand des durchbrochenen Scrotums weit überragte und den Kranken sehr belästigte.

Die klinische Erfahrung, welche Andere und auch wir in ähnlichen Fällen zu machen Gelegenheit hatten, lehrte uns, dass derartige fungöse Bindegewebswucherungen des Testikels nur durch eine zweckmässige Encheirese rasch und bleibend zu beseitigen sind. Da jedoch die klinische Beobachtung uns ferner gelehrt, dass derartige vom Balkenwerke des Hodens ausgehende fungöse Wucherungen eine ungewöhnliche Repullulationsfähigkeit besitzen und daher wiederholte operative Eingriffe erheischen, welche immer mit einigem Blutverluste verbunden sind, so mussten wir, in Berücksichtigung der bereits existirenden Anämie des Kranken ein chirurgisches Verfahren wählen, welches mit möglichster Blutersparung auszuführen ist. Aus diesen Gründen fanden wir uns bestimmt, die früher erwähnten

[1]) Unser geschätzter College Dr. Gregorič zu Pakrac in Slavonien beschreibt ebenfalls (Memorabilien Nr. 4, 1871) einen Fall von Orchitis syphilitica exulcerata, in welchem ganz analog mit dem unserigen die Scrotalhaut an drei Stellen durchbrochen wurde, aus welchen Durchbruchsstellen schwammige, geschwürige Massen herauswucherten, deren eine einen Hohlgang wies, den man mit der Sonde gut $2^1/_2$ Zoll tief verfolgen konnte. Die Erkrankung betraf den linken Hoden, während der rechte vollkommen intact war.



Bindegewebswucherungen mittelst Ligaturen zu beseitigen und wählten wir dazu die Kautschukfäden. Wir legten am 4. Jänner 1875 die erste elastische Ligatur an. Der Kranke klagte zwar in Folge der Unterbindung durch einige Minuten über hochgradige Schmerzen, welche letztere jedoch bald durch eine hypodermatische Morphininjection gemässigt wurden. Der unterbundene Theil der fungösen Geschwulst fiel bereits am dritten Tage ab und konnten wir am 7. Jänner eine mittlerweile nachgewucherte Partie von gleichem Umfange wieder unterbinden. Um den fötiden Geruch, welchen der zuletzt unterbundene Theil der fungösen Wucherung verursachte, zu bemeistern und die Nekrosirung der Geschwulst zu beschleunigen, bestrichen wir dieselbe mit concentrirter Essigsäure. Am 12. Jänner wurde die im Schrumpfen begriffene bindegewebige Excrescenz mit der Cowper'schen Scheere abgetragen, und als sich am 4. Februar die Wucherung neuerdings erhob, wieder eine elastische Ligatur in loco angelegt. Im Ganzen wurde die Ligatur fünfmal vorgenommen. Die abgetragenen Stücke des Neugebildes hatten jedesmal die Grösse einer Kastanie. Die vorgenommene mikroskopische Untersuchung lehrte, dass dieselben aus massenhaftem Bindegewebe bestanden, welches letztere von stark entwickelten Gefässen durchzogen war. An keiner Stelle jedoch war eine Spur eines Samenkanälchens nachzuweisen. Nachdem die letzte Partie abgetragen war, entwickelte sich in der Regio lumbalis dextr. ein bis zur Lumbarregion reichendes Erisypel. An diesem Tage musste überdies die Harnblase des Kranken, weil derselbe schon durch 17 Stunden keinen Urin gelassen hatte, mittelst Katheter entleert werden. Der zu Tage geförderte Harn bot nichts Abnormes. Die bei diesem Anlasse vorgenommene Digitaluntersuchung per anum ergab nichts Positives. Am 5. Februar theilte uns der Kranke mit, dass er seit vier Tagen constipirt wäre. Zwei ölige Klystiere blieben ohne Erfolg. Als am folgenden Tage dem Kranken mittelst des Esmarch'schen Irrigateurs neuerdings ein Klystier applicirt wurde, entleerte er eine ungewöhnlich grosse Masse übelriechender, scybalöser Fäces. Von nun an klagte er nicht mehr über Constipation, sondern es traten häufige diarrhoische Stuhlentleerungen ein. Am 10. Februar theilte uns der Kranke mit,



dass er beim Stuhlgange zahlreiche Blutcoagula abgesetzt habe. An den beiden folgenden Tagen stellten sich so häufige Mastdarmblutungen ein, dass das Aussehen des Kranken eine weit gediehene Anämie verrieth. Fieber war nur sehr mässig während eines Tages zu bemerken, Esslust ebenfalls nur für einen Tag verringert. Um der Wiederholung der Mastdarmblutung vorzubeugen, wurde dem Kranken innerlich Eisenchlorid verabreicht. Der Wiederersatz des Substanzverlustes am Scrotum ging mittlerweile in erfreulicher Weise vor sich. Am 13. Februar 1875 bemerkten wir bei der Untersuchung des Mastdarmes, dass durch die Aftermündung des Kranken eine schwarzbraune, bandartige, übelriechende Masse hervorlugte, welche wir mittelst der Kornzange allmählig herauszogen und mit der Scheere abtrugen. Die mikroskopische Untersuchung der erwähnten Masse lehrte uns, dass dieselbe aus Bindegewebe und elastischem Gewebe bestand. Als der Kranke am 19. desselben Monates über Schmerzen der unteren Partie des Mastdarmes klagte, unternahmen wir eine Digitaluntersuchung des Rectums und fanden oberhalb des Sphincter externus an der rechten Wand des Mastdarms eine teigige Geschwulst, welche nahezu den Umfang einer Wallnuss besass, aus der sich alsbald durch den angebrachten Fingerdruck eine grössere Quantität verjauchenden Eiters entleerte. Behufs der Reinigung des Recessus, aus welchem die Jauche ausfloss, wurde dem Kranken täglich mehrmals, aber namentlich nach jedesmaliger Defäcation mittelst des Irrigateurs eine sehr dünne Carbollösung per anum injicirt, während die Jodtherapie ihren Fortgang nahm. Am 28. Februar 1875 war die schon oft erwähnte Durchbruchsstelle der rechten Scrotalhälfte bereits vollkommen benarbt, während der Recessus im Mastdarme noch immer für die Aufnahme der Spitze des Zeigefingers reichlich Raum bot. Die periostalen und Knochengeschwülste an den verschiedenen Stellen des Körpers involvirten sich zusehends. Der Kranke machte in seiner Reconvalescenz erfreuliche Fortschritte. Es erübrigt nur noch, den Mastdarmeffect eines Näheren zu würdigen. Anatomisch hatten wir es jedenfalls mit einem zerfallenen Infiltrate im Cavum ischio-rectale zu thun, welches Infiltrat die rechte Mastdarmwand vom submucösen

Bindegewebe aus nach innen hin durchbrochen hatte. Es fragt sich nun, ob dieses Infiltrat als ein vulgäres, entzündliches oder als ein vom submucösen Gewebe des Rectums ausgehendes Gumma aufzufassen war. Da uns zur Constatirung dieser Diagnose jedweder histologische Anhaltspunkt mangelte, so konnten wir nur gewisse klinische Merkmale als diagnostische Momente verwerthen, um wenigstens zu einer Wahrscheinlichkeitsdiagnose zu gelangen. Wenn wir uns vergegenwärtigen, dass die Entwickelung des Mastdarmleidens nahezu auf schmerzlosem Wege vor sich ging und selbst nach stattgefundenem Durchbruche der Mastdarmwand der Schmerz ein sehr mässiger war, so musste sich uns die Annahme aufdrängen, dass wir es hier keinesfalls mit einem phlegmonösen, nachträglich zerfallenden Infiltrate im submucösen Bindegewebe (Periproctitis) zu thun hatten. Aus ähnlichen Gründen konnte auch eine carcinomatöse Beschaffenheit der Mastdarmerkrankung ausgeschlossen werden. Es blieb also nichts anderes übrig, als an eine durch die syph. Diathese bedingte Neubildung zu denken, welche allmälig zerfiel. Was uns ausser den begleitenden Erscheinungen bewog, diese Diagnose zu stellen, war ferner der Umstand, dass in der Literatur Fälle von genügender Anzahl angeführt sind, welche analog dem beschriebenen Falle verliefen und von Fachmännern namentlich dann als perforirende Gummageschwülste angesehen wurden, wenn sie zur Stenosirung des ulcerirten Mastdarmrohrs geführt hatten. Unter den Fachmännern, welche in Beziehung dieser Erkrankung als massgebend gelten, steht obenan Dittrich.[1]) Dieser Forscher äusserte sich in Beziehung zweier ähnlicher Fälle folgendermassen:

„Die zwei erwähnten Fälle von vernarbten syphilitischen Mastdarmgeschwüren bieten eine von früheren Fällen abweichende Combination der einzelnen Syphilisformen mit Lebernarben dar. Dass es syphilitische Schleimhautgeschwüre waren, beweist im ersten (ein 26jähriges Weib) nicht nur die fistulöse Verbindung mit der Scheide und das gleichzeitige Vorkommen von Narben der äusseren Genitalien beim zweiten (eine 38jährige Wärterin), sondern auch die Beschränkung des

[1]) Prager Vierteljahresschrift 1850, pag. 43.



Processes auf den Mastdarm, während schon die S-förmige Beugung in beiden Fällen an dieser Entartung keinen Antheil nahm. Geheilte oder vernarbende reine dysenterische Geschwüre kommen — ohne Mitleidenschaft der übrigen Dickdarmschleimhaut — auf den Mastdarm allein beschränkt, nicht leicht vor."

Bärensprung [1]) äussert sich im Allgemeinen über Mastdarmerkrankungen bei Syphilis folgendermassen:

„Das Vorkommen von Mastdarmstricturen bei Syphilitischen, besonders bei syphilitischen Frauenzimmern ist eine längst bekannte Sache. Die meisten Aerzte sind der Meinung, dass sie die Folge primärer Infectionen seien." Er glaubt aber, „dass Mastdarmstricturen sich auch im Verlaufe der constitutionellen Syphilis ausbilden können."

Einen ähnlichen Fall von Mastdarmsyphilis mit nachfolgender Stricturbildung erzählt der italienische Arzt Zappulla, (Annali universali di medicina 1870, Giuglio, un raro caso di stringimento del retto per causa sifilitica.) Die Untersuchung dieses Falles hatte an der rechten Wand des Mastdarmes vier Centimeter oberhalb der Aftermündung eine kugelige, nussgrosse, glatte Geschwulst nachgewiesen, welche selbst bei stärkerem Drucke nicht schmerzhaft war. Die Schleimhaut selbst war hypertrophisch, die Copropoese bedeutend erschwert. Die Strictur des Mastdarmes rief anfangs neuralgische Schmerzen mit intermittirendem Typus hervor. Die Diagnose auf Syphilis fusste blos auf dem Umstande, dass der Kranke vor 19 Jahren an einem Schanker gelitten hatte (!). Jodkali in grossen Dosen brachte rasche Heilung. Dieser Fall betraf einen 36 Jahre alten Arzt.

Zahlreiche Fälle von sogenannten syphilitischen Mastdarmerkrankungen hat Gosselin [2]) beobachtet, welche er jedoch nicht sammt und sonders als Symptome der constitutionellen Syphilis, sondern blos als locale Affectionen auffasst.

---

[1]) Annalen des Charité-Krankenhauses, 1855 VI. Jahrgang, I. Heft, pag. 56.

[2]) Canstatt's Jahresbericht 1854, 4. Band, pag. 360.



Holmes Coote [1]) theilt einen nicht näher beschriebenen Fall von syphilitischer Strictur des Mastdarmes und der Vagina, der mit den von Gosselin veröffentlichten die grösste Aehnlichkeit haben soll, mit.

Der Amsterdamer Arzt E. Huët beschreibt in Behrend's Archiv, neue Reihe, 2. Band, in einer mit einer Abbildung versehenen Arbeit ebenfalls zwei Fälle von Mastdarmsyphilis, welche beide Weiber betrafen, während Behrend selbst [2]) einen Fall seiner Behandlung citirt, welcher bei einem Manne vorkam.

Von den übrigen zahlreichen Autoren, welche über die erwähnte Erkrankung Arbeiten geliefert, wollen wir noch anführen: Leudet,[3]) Lancereaux,[4]) Paget,[5]) le Gloachec Pierre Marie,[6]) J. E. Mason[7]) und Fournier[8]).

Klebs beschreibt in seinem Handbuche der pathologischen Anatomie, 2. Lieferung, pag. 261 einen Fall von syphilitischen Darmgeschwüren bei einem Manne, wo eines der Geschwüre zwei Zoll oberhalb der Aftermündung sass und meint, dass dergleichen Ulcerationen aus gummösen Bildungen in loco hervorgehen können.

In sehr klarer Weise äussert sich über die verschiedenen syphilitischen Erkrankungen des Mastdarms Bäumler in seinem 1874 erschienenen Werke pag. 194 und 195.

Unser hochverehrter Lehrer und Meister Rokitansky erwähnt unseres Wissens nirgends constitutionell syphilitische Ulcerationen und Stenosirungen des Mastdarmes und spricht nur von Tripperstenosen desselben.[9])

[1]) Canstatt's Jahresbericht 1855, 4. Band, pag. 197.

[2]) l. c. p. 19.

[3]) Canstatt's Jahresbericht 1861, 4. Band, pag. 324.

[4]) Traité historique et pratique de la syphilis, pag. 316.

[5]) Canstatt's Jahresbericht 1866, pag. 151.

[6]) Du rétrécissement syphilitique du rectum, Thèse, Paris 1869.

[7]) A venereal stricture of the rectum. American journ. of med. und chir. Jänner 1873.

[8]) Lésions tertiaires de l'anus et du rectum, Syphilome ano-rectal. Leçons professées par Dr. R. Fournier. Recueillies et redigées par Ch. Porak. Paris 1875.

[9]) Lehrbuch der pathologischen Anatomie, Wien, 3. Auflage, 3. Band, pag. 205.



Auch Virchow lässt unseres Erachtens die Frage über die Existenz von constitutionell syphilitischen Mastdarmgeschwüren unentschieden,[1]) obwohl er, wie aus nachfolgender Aeusserung hervorzugehen scheint, die Existenz derartiger luetischer Affecte zugesteht. Virchow äussert sich nämlich in dem unten [2]) citirten Werke, pag. 108, wie folgt: „Gerade bei der Syphilis zeigt es sich sehr deutlich, dass das morphologische Product keinen absoluten Werth hat. Nur durch seine Entwickelung und Rückbildung, durch seine Geschichte, durch sein Leben bekommt es seine Bedeutung. Sucht man ein specielles Product, dem es besonders gleicht, so bietet sich eines dar, das ihm überdies in einem gewissen Masse zugehört, das lupöse."

Entsprechend dieser Aeusserung Virchow's fanden auch wir uns veranlasst, in Ermangelung jedes histologischen Anhaltspunktes nur aus der Lebensgeschichte der erwähnten Mastdarmgeschwulst auf die luetische Beschaffenheit derselben zu schliessen. Unser Fall dürfte auch insoferne für die Literatur von Bedeutung sein, als derselbe ein männliches Individuum betraf.

[1]) Siehe: die krankhaften Geschwülste von Rud. Virchow 2. Band, pag. 415.

[2]) Ueber die Natur der constitutionellen syphilitischen Affectionen von Rud. Virchow, Berlin 1859.



Ueber das syphilitische Fieber und den Stoffwechsel Syphilitischer.

Aus der Klinik des Professor v. Sigmund.

Von

Dr. L. Vajda,

Assistent.

Mit zwei Curven-Tafeln.

Literatur: S. Andrée, Vener. Krankheiten, aus dem Englischen. Leipzig 1781. p. 191. M. Astruc, Trait. des malad. véner. Traduit du Latin. 3-me édit. Paris 1755. T. IV. Cap. III. Bäumler, Archiv f. klin. Med. B. 9. p. 401 und 429. Ambros Bertrand, deutsch v. Spohr, Vener. Krankheiten. II. Th. Nürnberg 1791. p. 93. N. Blegny, les malad. venérienn. A la Haye 1683. T. III. p. 6. V. Bremer, Giornale ital. d. malatt. vener. et d. pelle. Milano anno X. Februar 1875. Hieronymus Capivacci, Oper. omnia, Frankfurt 1608. p. 813. Courtaux. Annal. de Dermatologie et de Syph. T. 3. p. 214. Fr. Deleboe Sylvius, Oper. medic., edit. nov. Amstelodami, 1695. p. 667. M. Fabre, Trait. des malad. véneriennes. Tom I. Paris 1768. p. 397, p. 70. M. Fabre, Vener. Krankheiten, deutsch von Schröder. Kopenhagen 1777. p. 206. D. Falk, Vener. Krankheiten, aus dem Englischen. Hamburg, Kiel 1775, p. 119. Gabriel Fallopia de morb. gallic. liber, ed II. Venetiis 1565. Cap. XXIII. p. 27, p. 69. J. Foot, Ueber die Lustseuche, aus dem Englischen, von Reich. Leipzig 1794. II. B. p. 135, p. 142. Fournier, De la Syph. Paris 1873. p. 847. Fritze, Handbuch der vener. Krankheiten. Berlin 1791. p. 212. Ch. Girtanner, Ueber die vener. Krankheit. Göttingen 1788. B. I. p. 287. Ch. Gruner, De morb gallic. Scriptor. Jena 1793. p. 50. P. Hunter's Works, Vol. II. London 1835. p. 392. Janovsky, Prager Vierteljahresschrift 1874. B. 124. p. 61. J. A. Jour-



dan, Vol. I. Milano 1832. p. 181. L. V. Lagneau, Trattat. prat. delle malatt. sifilitiche, Trad. ital. d. P. Maggi. Vol. II. Brescia 1834. Observ. 47. Lanceraux, Trait. histor. et prat. de la Syph. Paris 1873. p. 106. Louvrier, Syphilitische Krankheitsformen. Wien und Krems 1819. p. 229. p. 240. Mayo, Ueber die Syphilis. Deutsch von Brunner, 1841. p. 94. Nic. Massa, De morb. gallic. Venetiis III. Edit. 1563. p. 4 a, p. 37 b. Meynard bei Güntz, Das syphilitische Fieber. Leipzig 1873. p. 10. Ludw. Mercatus, Medic. cubic. Phil. Francofurt 1608, p. 636. Montanus bei Güntz l. c. p. 10. Nisbeth, Die Lustseuche. Deutsch von Michaelis. Leipzig 1789. p. 240—250. Petronius bei Güntz. p. 12. F. E. Plisson, Monographie der Lustseuche, aus dem Französischen. Fitzler, Ilmenau 1827. p. 178. Raut in Fuchs' Sammlung. Aeltester Schriftsteller über die Lues in Deutschland. Hercul. Saxonia, Luis vener. Tractat. Patavii 1597 p. 8 a. Schellig bei Fuchs l. c. p. 71. Schuster, Archiv f. Dermatologie und Syph. Prag 1873. p. 294. Steber bei Fuchs l. c. p. 113. Swediaur, Vener. Krankheit. Frankfurt 1791. p. 107, 112. Tomitan bei Güntz, l. c. p. 12. Thuller bei Güntz, l. c. p. 21. Vidi Vidii medic. florentini Oper. omnia, Frankfurt 1626. Cap. III. p. 357. J. De Vigo, De apostemat. 1514. Fol. 126. Walch, Darstellung der vener. Krankheit. Jena 1811. p. 6. J. Zecchii, Consult. medic. 1599. p. 37. H. Zeissl, Lehrbuch der constitutionellen Syphilis. 1871. Erlangen.

Wenn man bei der Betrachtung und beim Studium eines Fiebers das Hervorragendste im klinischen Bilde, die Temperatursteigerung, für massgebend hält, so scheint die einfache thermometrische Bearbeitung der vorliegenden Frage eine dem Zweck vollkommen entsprechende; wenn man jedoch das enge Band in Betracht zieht, welches zwischen der Temperaturerhöhung und dem sich steigernden Oxydationsprocess im Körper in neuer Zeit constatirt worden ist, so stellt sich das Bedürfniss einer Mitberücksichtigung des Stoffwechsels heraus; und zwar umsomehr, weil bei den gewöhnlichen einfach thermometrischen Beobachtungen (2 bis 3mal des Tages) die Möglichkeit nicht ausgeschlossen ist,



dass die Beobachtungszeit und die Fieberanfälle nicht zusammenfallen, folglich unbeachtet bleiben. — Dagegen gibt das Studium des Stoffwechsels Mittel an die Hand, welche die einfach thermometrischen Beobachtungen an Sicherheit weit übertreffen. Anderseits ist in Anbetracht der Theorie älterer und neuerer Autoren die Kenntniss der Excrete speciell von besonderer Wichtigkeit, insbesondere dort, wo es sich um die Beurtheilung der Ansichten handelt, welche sich auf ein syphilitisches Resorptions-, wesentliches symptomatisches, hektisches Fieber etc. beziehen.

Ich habe mich also der Mühe gern unterzogen, den Hauptrepräsentanten der Excretion, den Harn gleichzeitig mit der klinischen Beobachtung längere Zeit zu prüfen, hoffend, dass im ungünstigen Falle eine derartige Untersuchung die Grenzen für dergleichen Annahmen mindestens in dieser Beziehung lehren werde; abgesehen davon, dass sie noch ein allgemeines Interesse bezüglich des Stoffwechsels bei Syphilis überhaupt bieten musste. Die rein klinische Aufgabe des oben angesetzten Themas erwies sich viel schwieriger.

Die Verschiedenheit der Ansichten über Lues einst und gegenwärtig machten eine strenge Auswahl der älteren Angaben nothwendig; dennoch blieb ein schöner Rest zurück, welcher, der leichteren Uebersicht halber sachlich geordnet, am besten geeignet ist die Sachlage zu beleuchten und vielleicht neue Gesichtspunkte zu eröffnen.

I. Bezüglich des ursächlichen Zusammenhanges zwischen Syphilis und Fieber.

Von den meisten der älteren Autoren wird die Syphilis als eine eventuelle Ursache eines Fiebers zugegeben; die Meinungen theilen sich jedoch in Betreff der mittelbaren oder unmittelbaren Wirkung des syphilitischen Virus. Die Vertreter der ersteren Ansicht bilden die Minorität.

Als eine unmittelbare Ursache des Fiebers wird die Syphilis geschildert: von Fallopia (l. c.) und von Hieronymus Cappivacci (l. c.), der das Fieber als ein constantes Symptom der syphilitischen Infection auffasst.

Plisson sagt (l. c.): „Die Wirkungen des Eindringens des Giftes sprechen sich in einer hektischen von Frösteln begleiteten Erregung aus“.



Ludovicus Mercatus (l. c.) erwähnt eines unregelmässigen Fiebers als directer Folge der syphilitischen Infection.

Noch ausführlicher sind die diesbezüglichen Angaben von J. Foot, Nic. Blegny, Hercules Saxonia, Nicol. Massa, De Vigo, Zechius, Simon Pistor, Hieronymus Brunzwig, Bossi, Mayo, Steber, Raut, Fournier, Courtaux, Lanceraux, Güntz, welche sämmtlich eine unmittelbare Wirkung vorauszusetzen scheinen.

Schellig sieht dasselbe nur unter gewissen Bedingungen entstehen: vitandum est forte exercitium et omnis inordinatus motus, qui corpori toti vel partibus ejus infert laborem, id est dolorem, quia praeparat ad febres. Vitandum est balneum" etc.

Astruc (l. c.) leitet das Fieber vom langen Verweilen des venerischen Giftes im Blute ab.

Vidus Vidius (l. c.) sieht dasselbe als ein Folgeübel der Pusteln, Gummata an.

Ebenso betrachtet Hunter (l. c.) das Fieber als Symptom der Syphilis-Symptome. „When the parts are contaminated by the venereal poison; we commonly find fever, restlessness, or want of sleep and often headache, but I believe that these symptoms are rather peculiar to the disease, when the second order of parts, the periosteum and bones, are affected, although they are sometimes found from the first."

P. 393. „The fever in consequence of the venereal irritation, like most of the fevers, deranges the constitution."

In diese Kathegorie gehören noch Montanus, Tomitanus, Petronius.

Jourdan's Angaben über das Fieber beziehen sich auch hauptsächlich auf die Degeneration innerer Organe.

Eigenthümlich ist die Ansicht von Girtanner, welcher der Syphilis als Ursache des Fiebers eine unmittelbare Wirkung nur theilweise zuerkennt (l. c. p. 287): „Die unmittelbare Folge dieser Einsaugung (des venerischen Giftes) ist ein leichter Reiz im ganzen System, welcher einen geringen Grad von Fieber hervorbringt;" theilweise eine mittelbare, l. c. p. 293: „Sucht der Kranke nicht Hilfe, so nehmen diese Zufälle immer zu, bis endlich ein hektisches Fieber sich



zeigt, woran der Kranke stirbt. Man hält gewöhnlich das hektische Fieber für eine Folge des im Körper circulirenden Giftes, es ist aber blos die Folge jedes lange anhaltenden Reizes auf irgend eine Stelle des Körpers und entsteht sympathetisch (per consensum). Jeder anhaltende Reiz, jedes lange Zeit eiternde Geschwür verursacht ein schleichendes, hektisches Fieber, nicht durch die Einsaugung des Eiters, wie man gewöhnlich annimmt, sondern durch die Schwäche, welche eine nothwendige Folge eines lange Zeit andauernden Reizes, eines lange Zeit eiternden Geschwüres sein muss." Das hektische Fieber zeigt sich oft auch, ohne dass ein Geschwür vorhanden wäre.

Eine ähnliche Ansicht hat noch Swediaur, nur bezüglich des Fiebers in der spätern Periode der Syphilis weicht derselbe von Girtanner ab und schildert dasselbe mehr als ein symptomatisches Fieber, l. c. p. 87: „Ehe diese Geschwüre, Flecken uud Geschwülste erscheinen, bringt das Gift oft Kopfschmerzen, beschwerliches Athemholen, Fieber; ganz dieselben Zufälle hervor, die anderen Hautkrankheiten vorherzugehen pflegen, in anderen Fällen bewirkt das syphilitische Gift gar keine örtlichen Zufälle, es erregt ein schleichendes Fieber, der Kranke verliert den Appetit und magert mit oder ohne hektisches Fieber ab, weil er weder Ruhe noch Schlaf mehr hat."

Gleich Astruc hat Nisbeth nur der lange andauernden Lues fiebererregende Wirkung zugestanden, und zwar ist diese Wirkung nach ihm eine mehr sympathische mittelbare (l. c. p. 250.), „Das syphilitische, hektische Fieber entsteht als Wirkung der Mitleidenheit, welche auch von jeder anderen reizenden Ursache entsteht, die den Körper lange hintereinander abmattet (und nicht irgend einer Einsaugung von Eiter in den Körper zugeschrieben werden muss). Diess wahrscheinlich, weil in der früheren Periode, wo wirklich eine starke Einsaugung stattfindet, kein hektisches Fieber erzeugt wird. Es zeichnet sich durch Appetitmangel, Kopfschmerzen, leichte Frostschauer, welche von Hitze begleitet werden, aus."

Im Gegensatze zu diesen zwei älteren Autoren nimmt Bäumler die Resorption gewisser pyrogener Stoffe als Ursache



des Fiebers an, die Wirkung des Giftes ist nach ihm auch mittelbar thätig in dem Erzeugniss obiger pyrogener Stoffe (l. c.): „Dass es eine ganz bestimmte, eigenartige, nur bei gewissen syphilitischen Entzündungen sich bildende Substanz ist, welche hier Fieber erregend wirkt und sich bei der, bei gewöhnlichen Eiterungen gebildeten pyrogenen Substanz durch ihr eigenthümliches Verhalten dem Jodkalium gegenüber auszeichnet".

Schuster schliesst sich dieser Ansicht Bäumler's vollkommen an.

Die Möglichkeit beider Arten der Wirkung hat schon Falk in Aussicht gestellt; er neigt sich jedoch mehr zur Annahme einer mittelbaren Wirkung, l. c. p. 315.: „Das Gift wirkt wie ein Stimulus; sobald es nämlich ins Blut gekommen ist, sei auf welche Art es wolle, so bringt es nicht allein eine Veränderung in den Säften zuwege, sondern die inficirten Säfte reizen auch bei ihrem Durchgange die nervige Bekleidung der Pulsadern, und vermehren dadurch ihre Ausdehnung und Zusammenziehung, hiedurch entsteht ein Fieber; so lange der Reiz dauert hält auch das Fieber an, entweder durch Vermehrung des Giftes im Blute oder dadurch, dass das Gift einen nervigen Theil angreift, den Reiz weiter verbreitet. Hierin liegt der Unterschied zwischen einem wesentlichen und einem symptomatischen Fieber."

II. Bezüglich des Verhältnisses des Fiebers zum Stadium der Krankheit.

Plisson nimmt gleich nach der Resorption schon fiebererregende Wirkungen an.

L. c. p. 178 heisst es:

„Der Ansteckungsstoff dringt nämlich durch die absorbirenden Gefässe in das animalische Gewebe ein. Die Wirkungen dieser letzteren Uebertragung sprechen sich in einer leichten, von Frösteln begleiteten Erregung aus".

Ebenso Fallopia l. c. Cap. XXIII. p. 27: „Statim cum adolescens infectus est sentit levem lassitudinem spontaneam omnium membrorum, saevum morbum pronuntiantem, cum tamen prius robustissimus et animosissimus esset. Percipitur gravitas in corpore toto et praecipue a somno sentit torporem,

gravitatem, segnitiem in universo corpore". „Solet aliquando febricula adjungi ob fervorem circa viscera ferventia."

Bei Hercules Saxonia heisst es auch (l. c. Cap. VIII. p. 6): „Congnoscetis autem haec luem habere connexam, primo si contigerit vel statim vel paulo post usum veneris, praeterea, si patiens lassitudinem, ignaviam, torporem et melancholiam insuetam sentiat, si caput grave et dolens fiat." „Quibusdam febricula etiam supervenit".

Im erwähnten Citate von Girtanner ist von einem leichten Einsaugungsfieber die Rede, welches mit Recht als eine sehr frühe Erscheinung aufgefasst werden könnte, wenn die Bemerkung nicht folgen würde, (l. c. p. 287): „die ersten Wirkungen zeigen sich im Schlunde und Haut", in Folge dessen es eben auch als Prodromal-Eruptionsfieber gedeutet werden kann. Von dem hektischen bemerkte er es ausdrücklich, (l. c. p. 293) „im ersten Zeitraume im Stadium der Einsaugung, wo doch das Gift mit der Masse der Säfte aufgenommen wird, entsteht kein hektisches Fieber".

Foot's Schilderungen lassen bezüglich des Prodromalfiebers nichts zu wünschen übrig, (l. c. p. 135): „Vor dem Stadium des Ausbruches der venerischen Ausschläge werden die Kranken träge, ihre körperlichen Kräfte nehmen ab, der Puls wird geschwinder." Bezüglich der späteren Phasen (p. 142), „die Lebensverrichtungen werden durch die Syphilis verletzt oder gänzlich zerstört, und dem Leben des Patienten wird dadurch ein Ende gesetzt, bisweilen geschieht dies durch ein colliquativisches Fieber".

In allem ähnlich sind diesen Schilderungen die von Swediaur l. c. (II. p. 101, III. Th. p. 57): „Die von Schmerzen behafteten Lustseuche-Kranken sagen: sie leiden an einem Fieber schleichender Art, mit einem schwachen und beschleunigten Pulse, die Augen sind eingefallen, der Kreis um die Augen ist missfärbig. Die Schultern und die Seiten schmerzen, die Physiognomie deutet eine zerrüttete und untergrabene Constitution an, mit einem Worte, der Kranke zehrt ab und stirbt langsam. Diese Symptome gehen oft vor der Erscheinung der Halsgeschwüre und der Hautausschläge her".



Die von Mayo (l. c. p. 95) hervorgehobenen Erscheinungen beziehen sich auch auf das Prodromalstadium der Hautefflorescenzen, der dort angeführte Fall R. L. zeichnete sich durch Schüttelfrost, Rücken-, Kreuzschmerzen, Hitzegefühl aus. Das Fieber verlor sich nach einer Woche, nun brach eine Gruppe etwas erhabener, bläulichrother glänzender Flecke aus.

Analog verlief auch der von Mayo herangezogene Fall Roses p. 93.

Bei den neuen Forschern ist von einem Infectionsfieber in Plisson's Sinne gar nirgends die Rede. Um so zahlreicher sind die Beobachtungen über das Prodromal- und Eruptionsfieber der syphilitischen Hautexanthemata. So z. B. Courtaux (l. c. p. 3, p. 214) constatirt ein Fieber sowohl in Folge der allgemeinen Infection, als zur Zeit der Eruption der Hautsyphilide, der weitere Verlauf der Syphilis ist nach ihm auch nicht fieberfrei.

Fournier leitet das von ihm als besonders häufig geschilderte essentielle Fieber von dem aufgenommenen Gifte selbst ab. Folglich ist das Auftreten des Fiebers mit der Infection synchronisch. Das symptomatische Fieber ist nach ihm theils Prodromal-, theils Eruptionsfieber. Merkwürdig ist es, dass das essentielle Fieber „du moins dans le cours de la période secondaire“ vorkommen soll. Lanceraux' Angaben lauten bezüglich des Auftretens der Fiebersymptome folgendermassen (l. c. p. 103): „Le laps de temps qui s'écoule entre l'apparition de l'ensemble phénomenal (de la fièvre) et le début de l'éruption est ordinairement de huit, dix ou quinze jours, mais il peut varier entre quelques jours et deux ou trois semaines“.

„Dans les cas de syphilis maculée les phénomènes prodromiques se sont montrés du soixante cinquième au cent cinquantième jour après l'insertion du virus syphilitique. (Observ. de Wallace, Waller, Rinecker.)“

Lancereaux (l. c.) unterscheidet auch nur Prodromal- und Eruptionsfieber, wovon später die Rede.

Die späteren Phasen der syphilitischen Infection sind es, zu welchen sich nach den älteren Autoren am häufigsten Fiebersymptome gesellen; nach Gruner ist es jedoch selten der Fall,

(p. 50): „Cum hujusmodi labe febris non oritur aut raro, in eadem opinione est Pinctor, et ita tamen, ut eam rare venire ante pustularum exitum concedat.“

Vidus Vidius (l. c. p. 359) hat das Fieber zu den Folgeübeln der Pusteln, Caries der Knochen gerechnet. Pag. 355 sagt er: Nach der Entstehung von harten Knoten, Gummageschwülsten des Schädeldaches, des Oberarmes, Zerstörung des Gaumenknochens, der Nase, Herausfallen der Haare, welkt der ganze Körper, entsteht ein Fieber „quae nisi curetur, aegrotantem tot malis obrutum conficit“.

Ludw. Mercatus bringt das Fieber mit Herausfallen der Haare in Verbindung.

Astruc hält (Tom. IV. I. Cap.) das hektische Fieber für die Folge des im Blute lange verweilenden venerischen Giftes, dasselbe geht auch aus der Einleitung zum I. Cap. des IV. Bandes hervor.

Ebenso fasst es Bossi (l. c.) als eine Folge der lang andauernden Einwirkung des syphilitischen Giftes auf die Blutmasse auf, gleich J. Fritze, der dasselbe (l. c. p. 212) folgendermassen schildert: „Der Körper wird nicht gehörig ernährt, magert ab, seine Lebenskraft wird unaufhaltsam verzehrt, es findet sich ein chronisch fieberhafter Zustand ein, der endlich in ein wahres hektisches Fieber, Hydrops, Schwindsucht, Marasmus übergeht“.

Nach Hunter treten die Fiebersymptome in Folge der Knochenaffection auf (v. l. c.).

Nach Fabre und H. Petit tritt das Fieber nur in solchen Fällen auf, „wo das Gift einen unmerkbaren Fortgang genommen hat.“

De Vigo schreibt von diesem Fieber (l. c. p. 126) „Ultimo loco videmus febriculam, quae supranominatis malis homines quasi ad hecticam aut ad ultimum ejus diem conducebat.“

Jourdan spricht von dem Fieber als Erscheinung der allgemeinen Consumption (l. c. p. 181): „Questo dimagramento che avviene talvolta con molta rapidità, è stato riguardato quasi sintoma die sifilide. Gli fu dato il nome consunzione sifilitica, quando viene accompagnato da febbre ettica con



sudori notturni copiosi ad alteri segni di colliquazione, e quello di atrofia sifilitica quando non avvi febbre ma solo un polso abitualmente più vivo."

Nicol. Massa bringt die fieberhaften Symptome mit der Zersetzung einer visciden, weissen, der Lues eigenthümlichen, um die Gelenke im Pannicul. adipos. abgelagerten Materie in Zusammenhang (l. c. p. 39): „Est (haec) materia crassa multiplicata in hepate per venas et arterias toti corpori communicataque quandoque; ex prohibita transpiratione putrescit, unde sequitur calor febrilis".

Nach Tomitanus und Thuller ist das Fieber bei Syphilitischen nur Folge von Rachengeschwüren. Nach Petronius in Begleitung von Knochenschmerzen zu beobachten. (Vide citata.)

Bäumler's diesbezügliche Beobachtungen beziehen sich wohl nur auf die späteren Phasen, auf die sog. tertiäre Periode der syphilitischen Infection, auf Erkrankungen von Knochen und innerer Organe etc., er lässt jedoch das Fieber auch während der sog. secundären Periode gelten.

Endlich soll noch hier der eigenthümlichen Ansicht Andrée's Erwähnung gethan werden. (l. c. p. 191): „Zuweilen ist die Abzehrung lediglich venerischen Ursprungs, diess wird — wie ich glaube — dadurch hinlänglich bewiesen, dass solche manchmal durch Quecksilber geheilt worden".

P. 194. „Endlich findet man noch die andere Art von Abzehrung oder schleichendem Fieber bei der venerischen Krankheit, die bloss von dem Gebrauche der Quecksilbermittel zu entstehen scheint, mit letzterem beginnt und endet."

An diese Ansicht Andrée's reihen sich die von Fabre und Louvier, die das Fieber zum Theil auch von dem Gebrauche des Quecksilbers ableiten.

III. Bezüglich des Fiebertypus. An die Spitze derselben verdient die Ansicht von de Blegny gesetzt zu werden (l. c. p. 6) Nach ihm wird nämlich durch das syphilitische Fieber eine Krise des Krankheitsprocesses beigeführt, letzteres ist durch das Hineingelangen gewisser Körper in die Venen und Arterien und das dadurch verursachte Kochen bedingt. Aehnlich lautet die Ansicht des J. Zechius (l. c. p. 17) wo er eben die schwache Kost beschuldet, dass „unde violato



nativo calore natura, quae morborum est curatrix, perniciosam hanc luem viribus suis frenare minime potuit."

Nic. Massa hebt einen ephemeren Character des Fiebers hervor (l. c. p. 4 a.) „Febricula quaedam istis accidit quae ephemera dici potest."

Lud. Mercatus äussert sich über den Fiebertypus folgendermassen (l. c. p. 637). „Febriculas etiam perpetiuntur inordinatas nulli febrium specium adstrictas vagantes et quae corpus non videntur conterere."

Hieronymus Capivacci hebt den remittirenden Typus hervor (l. c. p. 813). „Indicantur e febre, quae solet circa vesperam exacerbari; caussa e dictis patet."

Astruc unterscheidet (l. c., T. IV., Cap III.) ein intermittirendes und ein hektisches Zehrfieber als Folgen der allgemeinen Lues, Lagneau nimmt auch einen intermittirenden Typus an (l. c. vol. II.)

Bertrand zählt (l. c. p. 93) ein unregelmässiges Wechselfieber, ein schleichendes Fieber zu den zweideutigen Kennzeichen der Syphilis.

Fabre nimmt in Uebereinstimmung mit H. Petit im Gegensatz zu Vandermonde an, dass (l. c. p. 206) „das Quartan-Fieber, die gelbe Farbe der Conjunctiva und in dem Falle, wo man schon sonst Ursache hat die Gegenwart des Giftes zu vermuthen, wenn einiges von diesen Zufällen zugegen sein sollte, als überzeugendes Kennzeichen der Lustseuche anzusehen".

Louvrier unterscheidet auch febris quartana intermittens als ein Symptom der Syphilis.

Walch stellt zwei Typen des syphilitischen Fiebers auf (l. c. p. 102) „Dieses Fieber hält einen verschiedenen Typus, es ist bald intermittirend, bald anhaltend, doch meistentheils intermittirend, und hat fast durchgehends nervösen Charakter. Der theils schon durch die örtliche Metamorphose, wodurch die Function der Nerven erweitert worden ist (per consensum), theils durch die Gegenwart der Gifte in der Blutmasse durch idiopatische Affection erlangt die Nerventhätigkeit einen solchen Grad von Uebergewicht, dass dies das Blutsystem ergreift und



denselben die Function des Nerven einzubilden strebt. Aus dem Widerstand, den aber das Blutsystem dagegen leistet, producirt sich das Fieber".

Fournier theilt sein essentielles Fieber p. 487 in drei Typen:

1. Type intermittente.
2. Type continue (contin. simpl. ou contin. paroxystique).
3. Type vague irrégulier.

Ausserdem nimmt er auch eine Typhose syphilitique an. Sein Schüler Courteaux hat dieselben Annahmen adoptirt. (V. l. c. p. 21.)

Bei Lanceraux (l. c. p. 107) ist insbesondere von einem „Intermittens- und Typhoidfieber die Rede".

Die aus Bäumler, Duffin, Berkeley Hill bestehende Commission über das Syphilis-Fieber constatirte (v. Güntz p. 118) den remittirenden Typus des syphilitischen Fiebers. „Der bei der Remission erreichte Stand ist die normale Temperatur oder ein geringes darüber."

Güntz gibt (l. c. p. 177) für das Prodromalfieber einen continuirlichen Typus, mitunter (p. 190) für Recidiveruptionen einen remittirenden Typus an. Nach V. Bremer (l. c.) zeigt das Fieber gewöhnlich Früh-Remissionen, Abend-Exacerbationen.

Die Intermittens-Form, welche die französischen Schriftsteller als den häufigsten Typus hinstellen, ist von ihm nicht beobachtet worden.

Janowsky hat auch bezüglich des Fieber-Typus einen remittirenden und einen continuirlichen Fieber-Typus constatirt, letzteren jedoch mit rapider Defervescenz, so dass in vier Fällen das Fieber nur vier Tage angedauert hat.

Die Angaben über das Verhalten des Fiebers zu den Krankheitsformen dürften wohl am passendsten bei der Mittheilung der Fälle und deren Resumés Platz finden.

Aus den Angaben der eben angeführten Autoren ist es ersichtlich, dass die Syphilis als eine eventuelle Ursache eines Fiebers den älteren Forschern wohl bekannt war, und sie wurde auch von der Mehrzahl derselben als solche anerkannt.



Ueber die Art des Zusammenhanges zwischen Syphilis als Ursache und Fieber als Wirkung herrschte jedoch die grösste Meinungsverschiedenheit.

Die Divergenz der Ansichten ist indessen nicht der Art, dass man nicht — auf Grund gewisser wesentlicher Charaktere — eine Gruppirung der Ansichten vornehmen könnte.

Ein derartiges Bestreben ergibt sich als nothwendig, sobald man mit Berücksichtigung der Literatur an die Lösung der Frage denkt. Ich glaube zweckmässig verfahren zu haben, wenn ich das reichliche, literarische Material — nach strenger Auswahl — in zwei Gruppen getheilt habe, deren eine sich auf die directe, die andere auf die indirecte Wirkung des syphilitischen Giftes bezieht.

Die directe Wirkung des syphilitischen Virus als fiebererregenden Stoffes wurde von Fallopia, Girtanner, Plisson, Foot, Lagneau, Zecchius, Mayo, Steber, Fournier, Courteaux, Lanceraux, Güntz angenommen.

Die Mehrzahl der Autoren: Vidius, Nisbeth, Bäumler, Schuster, Mercatus, Hunter, Tomitanus, Thuller, Janowsky, Bremer, Fournier und Courteaux leiten die Fiebererscheinungen von der pathologischen Veränderung verschiedener Organe her, sie betrachten die indirecte Wirkung des Giftes also als ein Symptom der Symptome.

Bezüglich des Fieber-Typus ist die Divergenz der Ansichten noch mannigfaltiger. Der Kürze halber verweise ich einfach auf die notirten historischen Daten.

Die Aufgabe der Untersuchung auf klinischem Gebiete musste also sein:

1. das Fieber als Folge der Syphilis zu constatiren.

2. den Typus des Fiebers und die Bedingungen kennen zu lernen, unter welchen das syphilitische Fieber aufzutreten pflegt;

3. den Ergebnissen der klinischen Untersuchung musste jene der chemischen zu Hilfe kommen, respective diese ergänzen und controliren.

Es unterliegt keinem Zweifel, dass gerade die erste Periode der syphilitischen Erkrankung in dieser Hinsicht das



meiste Interesse bietet und von höchster Bedeutung für das Studium der Syphilis ist.

Die ersten nachweisbaren Reactionserscheinungen des krank werdenden Organismus zu studieren, wählte ich auch zu meiner Hauptaufgabe, wobei ich jedoch andererseits nicht vergass, auch die mit der Genesung einhergehenden Erscheinungen und späteren Stadien des Leidens zu berücksichtigen.

Den Gegenstand der Beobachtung bildeten nur solche Fälle, wo anderweitige Complicationen, Arzneiwirkungen ausgeschlossen werden konnten. Aus diesem Grunde wurde von dem reichlich dargebotenen Materiale der Klinik nur die Partie zur Beobachtung benützt, welche unmittelbar vor der Aufnahme noch kein Gegenstand einer allgemeinen ärztlichen Behandlung gewesen, wo folglich die syphilitische Infection bei möglichst normalen Verhältnissen auftrat, oder bei sonst gesunden Individuen bestand.

Die zur Beobachtung dienenden Patienten sind in den best bestellten Räumen des allgemeinen Krankenhauses untergebracht gewesen, in welchen eine Temperatur von 13—18° R. herrschte. Die Kranken machten ausserhalb des Zimmers keine Bewegung.

Als Nahrung wurde ihnen täglich mindestens sieben Loth Fleisch, ein Pfund Brot, ein Seitel Gemüse und Wasser verabreicht.

Bei der Mittheilung der in gedrängter Kürze vorgeführten Fälle ist nur auf die obige Aufgabe und die daraus resultirenden Gesichtspunkte besonders Rücksicht genommen worden, ohne dass der Faden des Zusammenhanges ausser Acht gelassen wurde.

Um den störenden Einfluss, welchen die Menstruation auf das Wohlbefinden auszuüben pflegt, zu vermeiden, habe ich weibliche Individuen mit Ausnahme Weniger gar nicht zur Beobachtung benützt, wodurch zwar das Material eingeschränkt wurde, sich jedoch brauchbarer gestaltete.

Bei der Beurtheilung der Resultate konnte ich wohl auf die Pulsschläge wenig Gewicht legen, weil das momentane Steigen des Pulses besonders bei den Visiten bekannt ist. Dafür diente mir der niedere Puls als eine gute Controle und wurde deshalb jedesmal gezählt.

Weit bessere Dienste leistete das Thermometer; die Temperatur wurde zweimal des Tages, und zwar um 8 Uhr



Früh und 5 Uhr Abends beobachtet, zu welchem Zwecke einzig und allein Leyser'sche Thermometer verwendet worden sind.

Zum Schlusse sollen hier noch die auf die Grenzen der normalen Temperatur bezughabenden Worte Wunderlich's Platz finden; man thue am besten, wenn man „als Grenzen der normalen Achselhöhlen-Temperatur zwischen 36·2—37·5° C. und als Mittelnormaltemperatur an derselben Stelle 37·1° C. annimmt." (Wunderlich's Verhalten der Eigenwärme in Krankheiten. Leipzig 1866. p. 92.)

Mit dem hier Gesagten haben folgende chronologisch geordnete Fälle einen näheren Zusammenhang:

Im Jahre 1873.

1. Fall. B . . . . Johann, 36 J. alt, Zimmergeselle, aufgenommen am 5. Februar, Körpergewicht 93 Pfd., mit lux. Papeln am After und am Damme, mit frischem, gross maculösem Syphilid am Stamme. Erstere will der Patient schon 2 Monate an sich getragen, letzteres aber nicht bemerkt haben. Früher wurde nichts gebraucht. — 22. Februar. 1. Einreibung. Früh 36·9, Abends 36·9. Am 26. Februar entwickelte sich am Damme ein Furunkel. Die Temperatur dieses wie des folgenden Tages war auf 38·5 gestiegen. 7. März. Plaq. an der Unterlippe. Es stellte sich keine Temperaturerhöhung ein. (Früh 37·0, Abends 37·3.) — 19. März. Standorte der Papeln ad anum etwas infiltrirt, jene am Stamme leicht pigmentirt. — Defluvium capillorum eminens. 100 Pfd. Temperatur Früh 37·3, Abends 37·3. 23. März. 22. Sämmtliche Symptome rückgängig. Einreibung mit der grauen Salbe ausgesetzt.

2. Fall. N . . . . Giovanni, 34 J. alt, Taglöhner, 141 Pfd. schwer, aufgenommen am 12. Februar mit einer Sclerose in der Eichelkronenfurche, mit zahlreichen luxurianten und exulcerirten Papeln in der Afterkärbe, am Stamme ein mehr rückgängiges papul. Syphilid. Psoriasis an den Handtellern und Fusssohlen. Am 22. Februar machte Patient die erste Einreibung mit der Hg-Salbe; auf die luxurianten Papeln wurde concent. Sublimatlösung angewendet. K. G. 139 Pfd., Temperatur Früh 36·6, Abends 36·9. Am 9. März zeigten sich am Stamme nur Pigmentflecken. Psoriasis an den Fusssohlen war nur spurweise vorhanden. Temperatur Früh 36·2, Abends 36·9. — 14. März. Zahnfleisch etwas geschwellt, die Papeln



in der Afterkärbe involvirt. — 25. März. Defluvium capillorum sistirt, in den Fusssohlen Pigmentflecken zu sehen, ebenso am Stamme solche mit centraler Depression. 29 Einreibungen ausgesetzt. Temperatur schwankte gewöhnlich zwischen Früh 36·4, Abends 36·7. Seit 14. März Temperatur Früh 37·2, Abends 37·6. Körpergewicht 137 Pfd.

3. Fall. C . . . . Aurelio, 26 J. alt, Kutscher, aufgenommen am 17. Februar, 110 Pfd. schwer, mit einer Sclerose in sulco und Lymphangoitis am Rücken des Gliedes. Papeln am Hodensacke und in der Afterkärbe. Maculo-pap. Syph. am Stamme. — Am 22. Februar klagte Patient über heftige jedoch vage Kopfschmerzen. Temperatur 37·4 Abends. — 24. Februar machte er die 1. Einreibung. — 27. Februar. Zahnfleisch aufgelockert. Temperatur Früh 37·9, Abends 38·7. — 9. März. Die Wangenschleimhaut entsprechend den Zähnen exulcerirt. — Vom 19. März an wurde das Syphilid allenthalben rückgängig, die Auflockerung des Zahnfleisches ebenfalls. Temperatur Abends 36·8. — 23. März. Einreibungen ausgesetzt. Temperatur Früh 36·7, Abends 36·8. — 25. März. Das cachektische Aussehen des Patienten besonders auffällig. Temperatur Abends 36·7. K. G. 96 Pfd.

4. Fall. M . . . . Eduard, Kutscher, 40 J. alt, 123 Pfd. schwer, aufgenommen am 19. Februar mit einem sclerotischen Geschwür am inneren Blatte der Vorhaut, maculösen Syphilid, Rhagad. im linken Mundwinkel. An den Fusssohlen Symptome von Psoriasis. — 23. Febr. Kopfschmerzen, Syphilid deutlicher. Temperatur Abends 38·2. — 24. Febr. 1. Einreibung. Temperatur Früh 37·2, Abends 37·4. — Am 2. März klagte Patient über Schlaflosigkeit. Zahnfleisch schwillt an. Temperatur Früh 36·9, Abends 37·2. — 16. März. Exanthem völlig verschwunden. Temperatur Abends 36·9. K.-G. 117 Pfd. — 28. März. Psoriasis plant. ebenfalls rückgängig geworden. K.-G. 115 Pfd. Temperatur 37·3. Zahnfleisch ad normam zurückgekehrt.

5. Fall. Tafel 12. J . . . . Franz, Kellner, 29 J. alt, aufgenommen am 19. Februar, 110 Pfd. schwer, mit Papeln in der Eichelkronenfurche. Am Stamme figurirt maculöses Syphilid. Impetigo syph. am Kinne, in der Umgebung der Nase, an den vorderen Haargrenzen. Psor. plant. und Papeln am Nacken. — 24. Februar. 1. Einreibung. Temperatur Abends 37·4° C. — 9. März. Zahnschlussfalte der Wange exulcerirt. Stomatitis. Temperatur Abds. 37·3.

K.-G. 108½ Pfd. Impetigo und Papeln fortbestehend. — 19. März, Maculöses Syphilid verschwunden. Die psoriatischen Stellen schuppen. Die Impetigo-Pusteln vertrocknet, am behaarten Theile des Kopfes, an den Standorten der Pusteln Depressionen hyperämischer Stellen zu sehen. Temperatur Abends 37·2. — 29. März erschienen Plaques an der Lippenschleimhaut. Temperatur Früh 37·3. — 3. April. Psoriasis plant. bis auf Pigmentflecken rückgängig. Pusteln und Papeln involvirt. 33 Einreibungen, ausgesetzt.

6. Fall. Z . . . . Anton, Hausknecht, 33 J. alt, 101 Pfd. schwer. Aufgenommen am 10. März, mit exulcerirter Sclerose in der ganzen Eichelfurche, schuppenden Papeln an beiden Vorderarmen. Impetigo syph. am Kinn und in der Nasenlippenfalte. In diesem Falle fand drei Jahre früher eine allgemeine Quecksilbertherapie, 13 Einreibungen „wegen eines Geschwüres und Ausschlages“ statt. — 17. März. 1. Einreibung; von da an stieg die Temperatur Abends auf 37·5, vor der Einreibung 36·7 Abends. — 3. April. Vorhaut phimotisch geworden. Pusteln am Kinne vertrockneten, Papeln schuppten. Circumcision ausgeführt, 16 Einreibungen, ausgesetzt. K.-G. 98 Pfd. Den anderen Tag nach der Operation stieg erst Abends die Temperatur auf 38·4. Am 6. April kehrt diese auf 37·3 zurück. — 29. April. Papeln und Pusteln unter Anwendung von concentrirter Quecksilberchloridlösung und Jodoformsalbe rückgängig geworden. — 5. Mai. Circumcisionswunde vernarbt. Temperatur Abends 37·3. K.-G. 101½ Pfd.

7. Fall. K . . . Andreas, Schmiedgehilfe, 31 J. alt, 112 Pfd. schwer. Aufgenommen am 16. März, mit einer vernarbten Sclerose in der Eichelfurche, Lymphangoit. dors. penis duplex und mit maculo-papulösem Syphilid. Entsprechend beiden supraorbit. Incisuren localisirt, fühlt der Patient einen anhaltenden dumpfen Schmerz; Milzdämpfung vom oberen Rande der 8. Rippe bis zum oberen Rande der eilften, nach vorne bis zur Pectorallinie. Temperatur Früh 37·3, Abends 38·0. — 18. März. Maculöses Syphilid blasser geworden. — 25. März. 1. Einreibung. Der Patient verspürte Zahnschmerzen ohne bestimmte Localisation; während drei Tagen allabendlich eine Temperaturerhöhung von 37·2 Früh auf 38·6° C. — 29. März. Das maculo-papulöse Syphilid durch allmälig in die Umgebung übergehende, gelblich-bräunlich tingirte Erhabenheiten gekennzeichnet. Es stellten sich heftige Kopfschmerzen von 5—6 Uhr



Nachmittags ein. Temperatur 37·5—37·8° C. — 30. März. Reichliche nächtliche Schweisssecretion. — 4. April. Sehr heftige Kopfschmerzen von 3 Uhr Nachmittags angefangen; diese hielten durch 13 Stunden an. Temperatur 37·7—37·9° C. Die Stirnhaut war trocken, reichlich schuppend, ohne vorherige Veränderungen daselbst. — 5. April stellten sich um 5 Uhr Abends Kopfschmerzen und zwar mehr in den Seitenflächen des Schädels ein. In der Früh Remission 37·2—37·8. Elendes Aussehen und auffallende Blässe. — 6. April. Syphilid am Stamme bis auf blasse Pigmentflecke reducirt. Temperatur 36·6—36·9° C. — 8. April. In der Nacht profuse Schweisssecretion, an der Stirne feine Epidermschüppchen in reichlicher Menge. Temperatur Früh 37·1, Abends 37·2. — 17. April. Maculo-papulöses Syphilid gänzlich verschwunden. Zahnfleisch gelockert. Temperatur Früh 36·3, Abends 36·7° C. — 20. April. 24 Einreibungen, ausgesetzt. Temperatur Früh 37·0, Abends 36·6. Stirnhaut reichlich feinschuppig. Defluvium capillorum deutlicher geworden. — 22. April. K.-G. 112 Pfd. Temperatur Früh 36·5, Abends 36·5.

8. Fall. Tafel 8. Sch . . . . Jakob, Bäckergehilfe, 20 J. alt, 117 Pfd. schwer. Aufgenommen am 23. März, mit Sclerose in der Gliedhaut, diphtheritischen Papeln am Hodensacke, knotiger Lymphangoitis und mit fig. mac. Syphilid am ganzen Stamme. Zahnfleisch geschwellt. — 27. März. Einige der Flecken über das Hautniveau erhaben geworden, mehr das Bild von Eryth. mac. pap. darstellend. Temperatur Früh 37·3, Abends 38·0. 1. Einwicklung in nasse Leintücher. — 2. April. Maculo-papulöses Syphilid an Succulenz und Röthe zugenommen. Zahnfleisch am Saume eiterig belegt. Temperatur Früh 37·0, Abends 37·7. — 3. April. 1. Einreibung. — 12. April. Maculo-papulöses Syphilid abgeblasst; an der Streckseite beider Oberarme schuppende Papeln. Temperatur Früh 36·9, Abends 37·1. — Am 27. April wurde das Syphilid rückgängig. Temperatur Früh 37·0. Abends 37·1° C. — 14. Mai. 38 Einreibungen, ausgesetzt; am Thorax und am Hodensacke nur Pigmentflecke bemerkbar. Temperatur Früh 36·6, Abends 36·8. K.-G. 119 Pfd.

9. Fall. Tafel 11. S . . . . Franz, Eisengiesser, 24 J. alt, 106 Pfd. schwer. Aufgenommen am 13. April, mit laminärer Sclerose an dem äusseren Blatte der Vorhaut; mit einem blassen mac. pap.



Syphilid am Stamme. Corona venerea vorhanden. Psoriasis plant. und palm. — 22. April stellte sich Zahnschmerz ein. 1. Einreibung. Temperatur Früh 37·0, Abends 37·3. — 30. April. Die an der Stirne befindlichen Papeln schuppen. Zahnschmerzen werden heftiger und werden rechts im Oberkiefer entsprechend dem zweiten gut aussehenden Backenzahne localisirt. — 2. Mai. Zahnschmerzen fortbestehend; Schlingbeschwerden. Temperatur Früh 38·1, Abends 38·3° C. — 31. Mai. Zahnschmerzen ebenso wie die Erscheinungen am Stamme verschwunden. Temperatur Früh 37·3, Abends 37·3. — 5. Juni. 41 Einreibungen, ausgesetzt. Sclerose auch resorbirt.

10. Fall. W . . . . Johann, Schuhmachergehilfe, 27 J. alt, 101 Pfd. schwer. Aufgenommen am 16. April, mit maculösem Syphilid behaftet, gleichzeitig neuralgische Schmerzen, welche er gewöhnlich entsprechend dem linken Infraorbital-Trochlearnerven localisirte. Während der heftigsten Schmerzen ist eine Temperatur von 37·3 zu beobachten gewesen.

11. Fall. M . . . . Franz, Professor, 29 J. alt, 93 Pfd. schwer. Aufgenommen am 18. April, mit sclerotischer Phimose. Pap. pust. Syphilid und Papeln an der Mundschleimhaut. Scrophul. Habitus. Temperatur Früh 37·2, Abends 37·8. — 24. April. 1. Einreibung. — 4. Mai. Vorhaut leicht reponirbar. Am Stamme noch einige schuppende Papeln und Pigmentflecke zu sehen. Temperatur Früh 37·1, Abends 37·2. — 5. Mai. Standorte der Papeln und Pusteln nur pigmentirt; auch waren keine Infiltrate mehr zu fühlen.

12. Fall. W . . . Johann, Ledergalanteriearbeiter, 19 J. alt, 96½ Pfd. schwer. Aufgenommen am 18. April, mit einer zerfallenen Sclerose, hochgradiger knotiger Lymphangoitis penis. — 27. April. Die ersten Spuren von einem Syphilid aufgetaucht, ohne Kopfschmerzen. Temperatur Früh 36·6, Abends 37·1. — 2. Mai. Charaktere des lenticulär papulösen Syphilids äusserst spärlich zum Vorschein gekommen. 1. Einreibung. Temperatur Früh 36·8, Abends 36·9. — 4. Mai zeigte sich ein Nachschub von einigen Papeln. Temperatur Früh 36·7, Abends 36·9. — Am 11. Mai hat das Exanthem seinen Höhepunkt erreicht. Temperatur Früh 37·3, Abends 37·1. — Am 25. Mai wurden die Papeln rückgängig; Standorte derselben pigmentirt. Lymphangoitis fortbestehend; Temperatur Früh 36·7, Abends 36·4. — 1. Juni. 29 Einreibungen, ausgesetzt.

K.-G. 94$^3/_4$ Pfd. Lymphangoitis zwar abgenommen, aber dennoch deutlich.

13. Fall. K . . . . Barbara, Magd, 28 J. alt, 101$^3/_4$ Pfd. schwer, im 4. Monat schwanger. Aufgenommen am 20. April, mit Papeln an den Geschlechstheilen; maculo-papulösem Syphilid am Stamme. Psoriasis an den Handtellern. Plaq. im Munde. — 1. Mai. 1. Einreibung. Temperatur Früh 36·9, Abends 37·3. — 17. Mai. Maculöses Syphilid am Stamme rückgängig, nicht aber Psoriasis plant. Temperatur Früh 36·6, Abends 36·9. Fötaltöne hörbar. — 5. Juli. Papeln auch beseitigt. — 8. Juli. 31 Einreibungen, ausgesetzt. Temperatur Früh 36·5, Abends 36·6.

14. Fall. K . . . . Eduard, Tischlergehilfe, 20 J. alt, 98 Pfd. schwer. Aufgenommen am 21. April, mit Sclerose am äusseren Blatte der Vorhaut; maculo-papulösem Syphilid am Stamme und Psoriasis palm. und linguae. — 27. April. 1. Einreibung. Exanthem fortbestehend. Früh 37·4, Abends 37·8. — 6. Mai. Syphilid am Stamme psor. ling. plant. fortbestehend. In der linken Achselhöhle ein Abscess. Temperatur Früh 37·3, Abends 37·6. — 18. Mai. Sclerose noch nicht ganz resorbirt. Syphilid am Stamme verschwunden. Psoriasis ling. rückgängig, plant. schuppt. Temperatur Früh 36·9, Abends 37·1. — 31. Mai. 29 Einreibungen. Sclerosis resorbirt, Psorasis am linken Handteller fortbestehend. Standorte der Pusteln am Kopfe deprimirt. Temperatur Früh 36·4, Abends 36·8.

15. Fall. P . . . . Anton, Wagnergehilfe, 31 J. alt, 92 Pfd. schwer. Aufgenommen am 21. April, mit indurirten Geschwüren in der Eichelfurche und dem inneren Blatte der Vorhaut und knotiger Lymphangoit. dorsal. penis. — 25. April. Resectio frenuli; der diphtherische Belag der Geschwüre wurde mit Kupfervitriollösung verschorft. Temperatur Früh 36·4, Abends 36.7^0 C. — 10. Mai. Geschwüre reiner. Lymphangoitis hochgradig. Temperatur Früh 36·6, Abends 37·1. — Am 27. Mai zeigten die Geschwüre keinen Heilungstrieb; Kupferverband fortgesetzt, keine Drüsengeschwulst. Temperatur Früh 36·3, Abends 37·2. — 4. Juli. Geschwüre vernarbt. Narbe etwas resistent hyperämisch. Lymphangoit. rückgängig, keine Leistendrüsenanschwellungen. K.-G. 95 Pfd. Temperatur Früh 36.7, 36·8 Abends.

16. Fall. Tafel 10. R . . . Johann, Schuhmachergehilfe, 20 J. alt, 75$^1/_2$ Pfd. schwer. Aufgenommen am 28. April, mit Sclerose



am inneren Blatte der Vorhaut. Miliarknötchen-Pustel-Syphilid; Alopec. areolata, scroph. Habitus. — 8. Mai. Sklerose überhäutet, das innere Blatt des Praeputiums pergamentartig anzufühlen. Papeln am Stamme an Zahl zugenommen. Vage Kopfschmerzen. Temperatur Früh 37·7, Abends 38·2° C. — 10. Mai. 1. Einreibung; vom 13.—14. Mai intensive radiäre Ciliarinjection des linken Auges, intensive Lichtscheu und Thränenfluss. Temperatur Früh 37·1, Abends bis 38·1. — 15. Mai. 4 Einreibungen auf 5 Tage, unterbrochen. — 18. Mai. Enorme Photophobie, die Iris verfärbt, Bindehaut des Auges diffus. roth. Miliarknötchen allseits schuppend. Sclerose der Resorption nahe. Temperatur Früh 37·1, Abends 38·6. — 24. Mai. Heftige Kopfschmerzen, besonders oberhalb des kranken Auges. Temperatur Früh 40·3, Abends 40·1. — 26. Mai. Ciliarinjection von Neuem exacerbirt. Eine hintere Synechie zu Stande gekommen. (3 Tage darauf schon gelöst.) Temperatur Früh 37·8, Abends 39·2. — 9. Juni. Miliarknötchen - Pustel - Syphilid und die Iritis rückgängig geworden. 23 Einreibungen, ausgesetzt. Temperatur Früh 38·2, Abends 38·9, K.-G. 72 Pfd.

17. Fall. H . . . . Rudolf, Bildhauer, 20 J. alt, 107 Pfd. schwer. Aufgenommen am 6. Juni, mit necrotischer Sclerose der ganzen Eichelfurche und Lymphangoit. dors. pen. eminens. Temperatur Früh 37·6, Abends 37·7. — 15. Juni. Bei jedesmaliger Reposition des Praeputiums Blutung aus der Geschwürsfläche. Medianincision des Praeputiums. Abends in der Achsellinie die ersten Spuren eines spärlichen maculösen Syphilids; die noch hellroth gefärbten Flecken nehmen täglich auf jeder Seite um etwa fünf an Zahl zu. Die dem entsprechende Temperaturerhöhung war eine sehr geringe. Früh 37·2, Abends 37·9. — Am 27. Juni erreichte das Exanthem seinen Höhepunkt. Temperatur Früh 37·2, Abends 37·6. — 3. Juli. 1. Einreibung. — 14. Juli. Das Exanthem völlig verschwunden. Temperatur Früh 37·0, Abends 37·3. — 18. August. Lymphangoit. dors. pen. rückgängig. Sclerosen und Incisionswundflächen vernarbt. Narben der ersteren jedoch noch resistent. 39 Einreibungen, ausgesetzt. K.-G. 107 Pfd.

18. Fall. M . . . Joseph, Kammmacher, 25 J. alt, 106 Pfd. schwer. Aufgenommen am 2. Juli mit exulcerirter Sclerose am Frenulum und Lymphangoit. des Gliedes. — Am 16. Juli zeigten sich die ersten Spuren eines Hautsyphilides; in jeder Achsellinie



circa je 3 elevirte Flecken. — Am 17. Juli circa je 5 derselben. Im Handteller circumscript geröthete Stellen. Temperatur Früh 37·4, Abends 37·3. — 18. Juli. An der rechten Hälfte des Thorax circa 14, links 12 Maculae zu sehen. Temperatur Früh 37·0, Abends 37·1. — 24. Juli. Nachmittags reichliche Schweisssecretion, dabei an den Extremitäten in den Lendengegenden linsen- bis silbergroschengrosse, hie und da elevirte Flecke; das Bild eines maculo-papulösen Syphilids. Temperatur Früh 37·6, Abends 37·7. — 27. Juli. Einige frische Flecke zum Vorschein gekommen, auch in den Handtellern. Temperatur Früh 37·1, Abends 37·3. — 29. Juli. Keine neue Eruption. — 10. August. Exanthem durch Pigmentflecken gekennzeichnet. K.-G. 107½ Pfd.

19. Fall. R . . . August, Kutscher, 24 J. alt. Aufgenommen am 29. October, mit exulcerirter Sclerose in der Eichelfurche und beginnendem papulösem Syphilide. — 3. November. 1. Einreibung. — 1. Jänner. 60 Einreibungen, ausgesetzt. An der Streckseite beider Oberextremitäten Papeln. 8. Jänner. Kopfschmerzen. Tonsillen geschwellt, zerklüftet; aus den Einbuchtungen derselben weisse Pfröpfe hervorragend; Schlingbeschwerden. Temperatur 40·3. — Am 23. November waren schon Papeln an den Mandeln zu sehen.

20. Fall. N . . . . Franz, Bedienter, 35 J. alt, 113 Pfd. schwer. Aufgenommen am 3. November mit Sclerose in der Eichelfurche und maculösem Syphilide. Medicament: Jodtinctur innerlich. — 12. November. Exanthem blässer. Temperatur Früh 37·1, Abends 37·1. — 18. November. Pharyngitis accuta. Temperatur Früh 37·5, Abends 37·6. — 20. November. Exanthem am Stamme vollkommen verschwunden. Temperatur Früh 37·1, Abends 37·1. — 24. November. Angina tonsill. mit Bildung von Papeln. Temperatur Früh 36·9, Abends 37·7. K.-G. 116 Pfd.

21. Fall. E . . . . Franz, Conducteur, 26 J. alt, 100 Pfd. schwer. Aufgenommen am 4. November, mit Sclerosis necrotica am inneren Blatte der Vorhaut. — 28. December. Maculöses Syphilid spärlich erschienen. Temperatur Früh 37·0, Abends 37·2. Seit drei Tagen hatte der Patient schon über Gefühl von Müdigkeit geklagt, zuletzt gesellte sich eine übermässige Schweisssecretion hinzu, wobei das Exanthem erschien. — 6. Jänner. Maculöses Syphilid rückgängig. Temperatur Früh 37·2, Abends 37·3. — 16. Jänner. An



beiden Seitenflächen des Thorax circa je 5—10 frische Maculae zu sehen. Temperatur Früh 37·3, Abends 37·4. — 17. Jänner. Temperatur Früh 37·7. Haut trocken, Abends Frostanfall, darauf anhaltendes Hitzegefühl, Haut klebrig, an der Bauchdecke zahlreiche frische Maculae. Temperatur 38·4. (Sclerosisnarbe noch resistent.) — 22. Jänner. Maculöses Syphilid abgeblasst. Temperatur Früh 37·2, Abends 37·0. — 4. Februar. 1. Einreibung. — 8. Februar. Zahnfleisch etwas lockerer geworden. Defluvium capillorum eminens. Temperatur Früh 37·3, Abends 37·4. — 26. Februar. 20 Einreibungen ausgesetzt; am Stamme einige blasse Pigmentflecke zu sehen. Allgemeine indolente Drüsenanschwellung. Temperatur Früh 37·0, Abends 37·2. K.-G. 101 Pfd.

22. Fall. G . . . Ferdinand, Friseurgehilfe, 16 J. alt. Aufgenommen am 7. November, mit sclerotischer Phimose. — 22. November. Abends zeigten sich die ersten spärlichen Maculae an der Bauchdecke. Temperatur Früh 37·4, Abends 37·7. — 25. November. Jodtinctur innerlich. Temperatur Früh 37·4, Abends 37·1. — 29. November. Zunahme der rechtsseitigen indolenten Drüsengeschwülste. Temperatur Früh 37·4, Abends 37·5. — 12. December. Das spärliche Exanthem völlig verschwunden; Temperatur Früh 37.8, Abends 38·0. Diese und spätere Temperaturerhöhungen sind mehr den angewandten localen Medicamenten zuzuschreiben; nach dem Bepinseln der sclerotischen Geschwüre mit concentrirter Kupfersolution erfolgte jedesmal eine fieberhafte Aufregung des Kranken, wodurch spätere Beobachtungen sehr gestört wurden.

23. Fall. Tafel 2. A . . . . Albert, Uhrmachergehilfe, 21 J. alt, 97 Pfd. schwer. Aufgenommen am 12. November mit exulcerirten Sclerosen in der Eichelfurche und Lymphangoitis dors. pen. — Am 27. November zeigten sich die ersten Spuren eines spärlichen maculösen Syphilids. Temperatur Abends 37·9. — 28. November. Die an der Seitenfläche des Thorax befindlichen Maculae vermehrten sich zusehends. Temperatur Früh 37·8, Abends 39·0. — 4. December. Sclerosis im Zerfall begriffen, die linke Drüsenschwellung schmerzhaft geworden. Temperatur Früh 37·6, Abends 37·0. — 7. December. Adhäsion zwischen der ödematösen Haut und der linken Leistendrüsen zu Stande gekommen. Temperatur Früh 38·3, Abends 38·8. — 9. December. Adenitis sin. fluctuirend. Temperatur Früh 38·0, Abends 38·3. — 12. December Adenitis punctirt. Tem-

peratur Früh 37·9, Abends 38·0. — 13. December. Adenitisabscesshöhle von Neuem entleert. Temperatur Früh 37·7, Abends 37·6. — 20. December. Maculöses Syphilid abgeblasst, Adenitis obliterirt, Sclerosis Narbensaum zeigend. Temperatur Früh 37·4, Abends 37·4. — Am 28. December wurden neue frische Maculae sichtbar. Temperatur Früh 37·9, Abends 37·8. — 2. Jänner. Maculae kaum mehr sichtbar. Temperatur Früh 36·6, Abends 37·2.

24. Fall. P . . . . Johann, Zimmermaler, 23 J. alt, 107 Pfd. schwer. Aufgenommen am 17. November, mit Sclerose in der rechten Eichelfurche und beiderseits eiternder und inscindirter Leistendrüsenentzündung-Geschwulst. — 9. Jänner. Am ganzen Stamme gross maculöses Syphilid, welchem angeblich keine subjectiven Erscheinungen vorausgingen. Temperatur Früh 36·8, Abends 37·6. — 11. Jänner. Die Maculae über das Hautniveau erhaben, mehr das Bild des Erythem. mac. pap. darstellend. Temperatur Früh 37·2, Abends 38·0. Jodtinctur innerlich. — 20. Jänner. Maculo-papulöses Syphilid fortbestehend, Haut trocken; der Patient klagt über Schmerzen in der an der Stirne befindlichen Narbe, und an jener des rechten kleinen Fingerstumpfes. Temperatur Früh 37·7, Abends 37·9. — 23. Jänner. Epithelauflagerungen an den Tonsillen. Exanthem am Stamme fortbestehend. Temperatur Früh 37·4, Abends 37·4. — 6. Februar. Maculöses Syphilid am Stamme abgeblasst. Temperatur Früh 37·1, Abends 37·5. — 28. Februar. Exanthem am Stamme bis auf blasse Pigmentflecke rückgängig geworden; beiderseitige Adenitides in träger Vernarbung begriffen. Temperatur Früh 37·2, Abends 37·4. — 14. April. Aden. ing. bilat. vernarbt. Beide Mandeln Sitz von Papeln geworden; der Stamm frei. Temperatur Früh 37·0, Abends 36·9. K.-G. 109 Pfd.

25. Fall. H . . . . Karl, Holzschachtelmacher, 26 J. alt, 108 Pfd. schwer. Aufgenommen am 4. December, mit sclerotischen Fissuren in der Vorhaut. Papeln in den Gelenksbeugen, und mac. pap. Syphilid. am Stamme. Es hat sich keine Temperaturerhöhung eingestellt. Medicament: Jodtinctur innerlich. — 8. Jänner. Papeln, das syphilitische Erythema pap. bis auf das Hautniveau reducirt. Temperatur seit 2 Tagen Abends 38·0° C. — 10. Jänner. Schmerzen auf der Brust. Entsprechend dem linken oberen Lungenlappen bis zur Mitte der Scap. gedämpfter Percussionsschall. Daselbst bronchiales Exspir. Conson. Rasseln. Temperatur Früh 37·8. Digitalis infusum verabfolgt und

innerlicher Gebrauch der Jodtinctnr ausgesetzt. Temperatur Abends 39·8. — 11. Jänner. Hustenreiz geringer, Sput serosa et cocta; beim Imspir. consonirendes Rasseln zu hören. Temperatur Früh 37·1, Abends 38·3. — 13. Jänner. Dämpfung links unten noch immer über die Mitte des Schulterblattes reichend. Bronchialis In- und Exspirium gemengt mit consonirendem Rasselgeräusche. Temperatur Früh 37·5, Abends 37·5. — 20. Jänner. Dämpfung noch fortbestehend, spärlicher Auswurf. Temperatur Früh 37·4, Abends 37·6. — 22. Jänner. Hustenreiz nachgelassen, Dämpfung links unten, entsprechend dem unteren Winkel der Scapula nachzuweisen. Hautsyphilid vollkommen rückgängig, Hochgradige Alopecie. K.-G. 112 Pfd.

26. Fall. M . . . . . Johann, Schneidergehilfe, 21 J. alt, 104 Pfd. schwer. Aufgenommen am 5. December, mit exulcerirter Sclerose im innern Blatte des Praeputiums, mit knotiger Lymphangoit. dors. pen. — 22. December. In beiden Lendengegenden circa je sieben frische Maculae. Temperatur Abends 37·6. Dem Erscheinen derselben gingen weder Glieder-, noch Kopfschmerzen, noch andere lästige subjective Symptome voraus. — Am 28. December stieg die Anzahl der Maculae auf jeder Seite des Stammes schon auf circa 25. Temperatur Früh 37·0, Abends 37 5. — Am 2. Jänner erschienen einige neue Maculae; die älteren elevirt. Temperatur Früh 36·9, Abends 37·2. — Am 5. Jänner trat eine reichliche Schweisssecretion ein. Temperatur 37·3. — 7. Jänner. Eruption von einigen Maculae an der Bauchhaut. Temperatur Früh 37·1, Abends 37·4. — 18. Jänner. Haut feucht. Maculae über das Hautniveau elevirt. Temperatur Früh 36·7, Abends 37·8. — 21. Jänner. Maculae blässer. Temperatur Früh 36·9, Abends 37·1. — 24. Jänner. Die Maculae von Neuem deutlich aufgetreten. Temperatur Früh 36·8, Abends 37·1. — 14. Februar. Exanthem gänzlich verschwunden. — 16. Februar. 1. Einreibung mit oleinsaurer Quecksilberoxydsalbe. Temperatur Früh 36·7, Abends 37·1. — 24. Februar. Kein Hautexanthem mehr zu sehen; an der inneren Fläche der linken Tonsille Plaques. Sclerose in sulco in Resorption begriffen. Reichliche Schweisssecretion. Temperatur Früh 37·6, Abends 37·9. — 8. März. 21 Einreibungen ausgesetzt. Die Sclerose bis auf einen kleinen Rest resorbirt. Der Rachen bietet nur eine diffuse Röthe bis zu den Arkaden. Defluv. capill. levis. Temperatur Früh 36·8, Abends 36·9.



27. Fall. Tafel 6. H . . . Franz, Kellner, 21 J. alt, 93 Pfd. schwer. Aufgenommen am 10. December mit Sclerose am inneren Blatte der Vorhaut. — 20. December. Jodtinctur innerlich. — 23. December. In beiden Achsellinien circa je 6 Maculae. Temperatur Früh 37·1, Abends 37·7. — 26. December. Grosse Empfindlichkeit in der rechten Leistenbeuge, Gefühl von Kälte. Temperatur Früh 38·1, Abends 38·5. — Am 1. Jänner kehrte das Wohlbefinden des Patienten zurück; am Stamme waren zahlreiche Flecke bemerkbar. Temperatur Früh 37·2, Abends 37·3. — Am 2. Jänner klagte der Patient über vage Zahnschmerzen. Temperatur Früh 37·3, Abends 37·8. — 3. Jänner. Das schmerzhafte Gefühl in der rechten Leistenbeuge verschwunden. Temperatur Abends 37·5. Maculae elevirt. — Am 5. Jänner empfand der Patient Gesichtsschmerzen: Erythem der Thoraxhaut verschwunden. Temperatur Früh 37·5, Abends 38·1. — 6. Jänner. Nach Verschwinden des Erythem vulg. erscheinen die Maculae über das Hautniveau erhaben. Erythema papulatum. Temperatur Früh 37·6, Abends 37·9. — 15. Jänner. Maculöses Syphilid am Stamme abgeblasst. Temperatur Früh 37·5, Abends 37·3. — 22. Jänner. Frische Maculae zum Vorschein gekommen, Haut trocken. Sclerose der Resorption nahe. Temperatur Früh 37·3, Abends 37·7. — 24. Jänner. Maculae verschwunden. Temperatur Früh 37·1, Abends 36·8. K.-G. 94 Pfd.

28. Fall. L . . . Joseph, Schneidergehilfe, 19 J. alt, 91 Pfd. schwer. Aufgenommen am 18. December, mit exulcerirter Sclerose, welche das ganze innere Blatt des Praep. gürtelförmig einnahm, seit Anfang November bestand und beiderseits von indolenter Drüsenanschwellung begleitet war. — 28. December. Abends zeigten sich die ersten Spuren von einem maculösen Syphilide, welches aus 10 bis 15 Roseola-Flecken bestand. Temperatur Früh 37·7. — 11. Jänner. Jodtinctur innerlich; Exanthem rückgängig. Temperatur Früh 37·1, Abends 37·2. — Am 1. Februar zeigten sich einige frische Flecke an der Bauchdecke, welche binnen einigen Tagen ohne Temperaturerhöhung wie sie kamen, schwanden. Die Beobachtung wurde bis zum 28. Februar fortgesetzt, doch ist weder Fieber, noch ein weiteres Exanthem beobachtet worden. K.-G. 94 Pfd.

29. Fall. B . . . . Ignaz, Färbergehilfe, 24 J. alt, 114 Pfd. schwer. Aufgenommen am 29. December, mit einer Sclerose in der Nähe des Penis-Scrotalwinkels. — Am 8. Februar war die Haut



trocken, und Mac. Syph. zum Vorschein gekommen, wovon auf die eine Thoraxhälfte circa 17 Mac. kommen. Temperatur Früh 36·8, Abends 37·1. — 9. Februar. 1. Sublimat-Morphiuminjection $^1/_8$ gran HgCl und $^1/_{10}$ Morph. angewendet und jeden zweiten Tag bis zum 2. März, und vom 2. bis zum 10. März jeden Tag fortgesetzt. Während der ganzen Behandlung zeigte sich trotz des Vorhandenseins von profusen Schweissen und Kopfschmerzen keine Temperaturerhöhung über 37·3° C. K.-G. $116^3/_4$ Pfd.

30. Fall. P . . . Mathias, Spenglergehilfe, 20 J. alt. 99 Pfd. schwer. Aufgenommen am 29. December mit einer Sclerose in der Penishaut, welche seit drei Wochen schon bestanden haben soll. — Am 19. Februar wurde die Haut trocken, am Stamme zeigten sich sehr spärliche nicht über linsengrosse Flecke, welche nach drei Tagen wieder schwanden. Temperatur Früh 37·2, Abends 37·9. — 20. Februar. Temperatur Früh 37·0, Abends 37·8. Von da an waren keine Fiebersymptome vorhanden; ebenso gab der Patient niemals, während der ganzen Beobachtung, welche bis zum 3. März fortgesetzt wurde, subjective Beschwerden an. K.-G. 113 Pfd.

Im Jahre 1874.

31. Fall. J . . . . Franz, Schuhmachergehilfe, 21 J. alt, 91 Pfd. schwer. Aufgenommen am 19. Jänner mit sclerotischer Phimose, knotiger Lymphangoitis penis dorsalis. — 20. Jänner. Circumcisions-Wundfläche grösstentheils per primam verheilt. — 7. Februar. In beiden Axillarlinien sind circa je drei linsengrosse Flecke zum Vorschein gekommen, welche sich nach zwei Tagen in ebensoviele lenticuläre Papeln umstalteten. Temperatur Früh 36·3, Abends 37·3. — Am 8. Februar zeigten sich sechs andere frische Papeln an der Vorderfläche des Thorax. Temperatur Früh 37·1, Abends 37·5. — Am 10. Februar kam ein neuer Nachschub von einigen Papeln. Temperatur Früh 37·1, Abends 37·6. 1. $^1/_8$ Gran Sublimatinjection. Vom 10 Februar bis zum 2. März wurden diese jeden zweiten Tag, von da an bis zum 11. März täglich angewendet. — 11. Februar. Temperatur Früh 37·1, Abends 37·4. Haut trocken. — 12. Februar. Die Papeln abgeblasst. Temperatur Früh 36·8, Abends 37·2. — Am 19. Februar verspürte der Patient Schmerzen in der rechten Hälfte des Oberkiefers. Temperatur Früh 36·9, Abends 37·5. — 6. März. Die spärlichen Papeln auf dem Stamme voll-



kommen rückgängig. Temperatur Früh 37·4, Abends 37·5. Der Patient ist bis zum 18. März beobachtet worden, und es zeigte sich während dieser Zeit kein Exanthem und kein Fieber. K.-G. 96 Pfd.

32. Fall. Tafel 7. N . . . . Robert, Bauzeichner, 22 J. alt, 91 Pfd. schwer. Aufgenommen am 22. Jänner mit sclerotischer Phimose und mit fünf Tage altem mac. pap. Syph. — 24. Jänner. 1. Einreibung mit grauer Salbe. — Am 29. Jänner hatten die Papeln an Zahl zugenommen. Temperatur Früh 37·9, Abends 38·0. — Am 1. Februar erschienen einige neue über linsengrosse elevirte Maculae. Temperatur Früh 37·4, Abends 37·4. — 2. Februar. Reichliche Schweisssecretion. — 8. Februar. Papeln an der Vorderfläche des Stammes abgeblasst; an der hinteren Fläche ein florides mac. pap. Syph. Temperatur Früh 37·4, Abends 37·6. — 15. Februar. Papeln am Stamme kupferroth gefärbt. Temperatur Früh 37·3, Abends 37·3. — Am 17. Februar zeigte sich eine reichliche Schweisssecretion. Papeln noch mehr prominent. Temperatur Früh 37·4, Abends 38·0. — 22. Februar. An den unteren Extremitäten befinden sich noch Papeln, während am Stamme ein mac. pap. Syphilid. Rechte Tonsille entzündlich geschwellt. Temperatur Früh 37·4, Abends 37·7. — 1. März. An den Standorten der Papeln nur blasse Pigmentflecke sichtbar. Temperatur Früh 37·2, Abends 37·7. Profuse Schweisssecretion an den Fusssohlen, Handtellern und in der Nabelgegend. Plaq. an den Tonsillen. — 15. März. Exanthem völlig rückgängig. Papeln beseitigt. 50 Einreibungen, ausgesetzt. Temperatur Früh 37·2, Abends 37·5. K.-G. 91 Pfd.

33. Fall. Cz . . . . . Ferdinand, Zimmermaler, 25 J. alt, 108$^1/_2$ Pfd. schwer. Aufgenommen am 4. Februar mit rechtsseitiger eiternder Adenitis und straffer Narbe am Rücken des Gliedes; mit fig. mac. Syphilide und Papeln in der Afterkerbe. Patient ist zum zweiten Male mit einem Hautsyphilide behaftet. Bei Gelegenheit seiner ersten Erkrankung (1. October 1873) machte derselbe 13 Einreibungen. — Am 10. Februar wurde die erste $^1/_8$ granige Sublimatinjection angewendet und bis zum 2. März jeden zweiten Tag, von da an bis zum 11. März, täglich fortgesetzt. Temperatur Früh 37·2, Abends 37·6. — 24. Februar. Exanthem bis auf blasse Pigmentflecke verschwunden. Papeln ad an. schon involvirt. Temperatur Früh 37·0, Abends 37·4. — 3. März. Kältegefühl mit darauf folgender Schweisssecretion. Temperatur Früh 37·1, Abends 38·1. — 4. März. Dispnoe;

Bronchitis nachweisbar. Temperatur Früh 37·7, Abends 38·1. — 11. März. Aden. involvirt. Exanthem völlig verschwunden. Temperatur Früh 37·0, Abends 36·8. K.-G. 106 1/2 Pfd.

34. Fall. Sch . . . . Alexander, Jurist, 24 J. alt, 127 1/2 Pfd. schwer. Aufgenommen am 7. Februar, mit einer zerfallenen Sclerose im unteren Blatte der Vorhaut, und sehr reichlichem lenticulär-papulösem Syphilide. — 10. Februar. Abends klagt Patient über Unwohlsein und Hitzegefühl an der unteren Mundlippe; einige Herpesbläschen im Entstehen begriffen, einige neue Papeln waren zu bemerken. Temperatur Abends 37·6. — 11. Februar. 1. Einreibung mit der oleinsauren Quecksilberoxyd-Salbe. Temperatur Früh 37·2, Abends 37·4. — 19. Februar. Exanthem braun pigmentirt. Temperatur Früh 36·9, Abends 37·3. — 21. Februar. Papeln bis auf das Hautniveau reducirt, in den Achselhöhlen schuppend. Temperatur Früh 37·1, Abends 37·2. — 12. März. Standorte der Papeln grösstentheils nur durch Pigmentflecke gekennzeichnet. — 13. März. Das Syphilid allenthalben rückgängig. 26 Einreibungen ausgesetzt. Temperatur Früh 37·3, Abends 37·4.

35. Fall. Tafel 15, 16, 17. E . . . . Georg, Heizer, 33 J. alt, 77 1/2 Pfd. schwer. Aufgenommen am 17. December 1873, mit einer zerfallenen Sclerose im Vorhautrande, mit beiderseitigen Leistendrüsenabscessen. Am Stamme papulo-pustulöses (varicellartig) Syphilid. Rechte Tonsillarnische exulcerirt. Der rechtsseitige Drüsenabscess punctirt, und eine Menge dünn flüssigen Eiters entleert. Angeblich seit 6 Wochen ziehende, reissende Schmerzen in den Extremitäten. — 6. Jänner. Schlingbeschwerden; Zerfall der rechten Tonsille zugenommen. Temperatur Früh 39·1, Abends 37·7. 2 Gran Chinin wurden dem Patienten verabreicht. — Am 8. Jänner sind die Papeln in Pusteln übergegangen und die schon bestandenen Pusteln haben an Ausdehnung rapid zugenommen. In der Umgebung derselben Lymphang. capill. Temperatur Früh 39·0. — 8. Jänner. Adenitis beiderseits rückgängig. — 18. Jänner. Die Rupia syph.-Form ausgesprochen. Die Krusten wurden abgelöst. Temperatur Früh 38·5. — 16. Jänner. Decoctum Zittmani verabfolgt. Temperatur Abends 37·7. — Am 22. Jänner hatte er viermal täglich dünnflüssigen Stuhlgang. Am rechten unteren Augenliede bildete sich eine Pustel. Temperatur 38·2. — 1. Februar. Die in der Scapular- und Sternalgegend befindlichen Papeln und Knoten eiterig zerfallen, verkrustet; in der rechten Unterkiefergegend



hat sich ein Furunkel entwickelt. Temperatur Früh 37·3, Abends 39·2. — 4. Februar. Es bilden sich deprimirte Epithelinseln in der Mitte der rothgranulirenden Rupiageschwüre, besonders am Rücken. Temperatur Früh 37·3, Abends 38·4. — 10. Februar. An der vorderen Bauchwand zeigten sich neue, theilweise eiterig zerfallende Papeln. Temperatur Früh 38·1, Abends 39·0. — Am 15. Februar hat sich unter den aufgethürmten Krusten Eiter angesammelt; in der Umgebung derselben Reactionsröthe. Temperatur Früh 38·2, Abends 38·7. — 18. Februar. Im Bade (10 Uhr Vormittag) die Krusten sämmtlich entfernt. Temperatur Früh 37·6, Abends 39·2. — 23. Februar. Abends hatte der Patient einen Frostanfall, dann Hitze mit reichlicher Schweisssecretion. Temperatur Abends 38·8. Decoctum Zittmani ausgesetzt; von da an Decoctum Bardani verabfolgt, bis Mitte April. — Am 19. März verspürte der Patient Halsschmerzen, Hustenreiz. Der weiche Gaumen war geröthet. Rechts unten rauhes In- und Exspirium. Temperatur Früh 39·3, Abends 40·5. — 20. März. Hinter dem oberen Drittel des musc. Sterno-cleido mastoid. eine acute Lymphdrüsenschwellung. Temperatur Früh 39·0, Abends 39·8. — 21. März. Bronchialkatarrh, Brustbeklemmungen. Temperatur Früh 38·8, Abends 40·4. — 23. März. Grosse Dispnoe; Schnurren und feinblasiges Rasseln in der Lunge zu hören. Temperatur Früh 37·2, Abends 37·6. — 26. März. Sclerose und Adenitis ing. bil. seit einem Monat schon vernarbt. Rupiageschwüre mit Ausnahme von drei auch vernarbt. Temperatur Früh 36·7, Abends 36·8. K.-G. 75½ Pfd.

36. Fall. Tafel 4, 5. A . . . Peter, Seilergehilfe, 36 J. alt, 97½ Pfd. schwer. Aufgenommen am 26. Februar, mit einer in der linken Eichelfurche zerfallenen Sclerose. — Am 20. März verspürte der Patient Kälte mit darauffolgendem Hitzegefühl und während reichlicher Schweisssecretion erschien ein maculöses Syphilid. Temperatur Abends 37·4. — 31. März. Heftige Kopfschmerzen, die am ganzen Schädel gleich verbreitet sein sollen, die von 3 Uhr Nachmittags bis 4 Uhr Früh den nächsten Tag andauerten. Die Haut war hiebei feucht. Temperatur Abends 38·4. — 1. April. Temperatur Früh 38·2. Die eben erwähnten Kopfschmerzen sind nach der Angabe des Kranken nur als Exacerbation des continuirlichen Kopfwehes aufzufassen. — 2. April. Reichliche Schweisssecretion, Appetitlosigkeit, das Syphilid zeigt das Bild des Erythema maculo-papulatum.



Temperatur Früh 38·2, Abends 37·6. — 9. April. Das maculo-papul. Syphilid abgeblasst. Kopfschmerz nachgelassen. — 14. April. Von Neuem profuse Schweisssecretion. Exanthem deutlicher und heftige Kopfschmerzen, die diesmal vorzugsweise in der Stirne ihren Sitz haben. — 21. April. Exanthem vollständig verschwunden. Temperatur Früh 37·8, Abends 37·4. — 24. April. Grosse Mattigkeit und Gliederschmerzen, welche vorzugsweise in den beiderseitigen Bicepsmuskeln localisirt sein sollen, so dass die passive Streckung des Vorderarmes nur bis circa 150° möglich ist. An der Oberfläche dieser, so wie der ähnlich afficirten Semitendinosi, Semimembranosi, Bicepsmuskeln der Oberschenkel war nirgends eine Verdichtung oder eine knotige Anschwellung des Perimysiums wahrzunehmen. Temperatur Früh 38·0, Abends 38·0. — 26. April. Muskelschmerzen besonders rechts nachgelassen. — 27. April. Muskelschmerzen erneuert. Temperatur Früh 37·6, Abends 38·2. — 30. April. Schmerzen in den Oberextremitäten mehr auf den Triceps concentrirt, und erreichen dieselben bei der Flexion entsprechend der Tricepssehneninsertion am Olecranon ihr Acme. Temperatur Früh 38·4, Abends 37·8. — 7. Mai. Exanthem nicht mehr erschienen. Muskelschmerzen nachgelassen. Temperatur Früh 36·9; Abends 37·4. K.-G. 92 Pfd.

37. Fall. F . . . Gustav, Bäckergeselle, 28 J. alt, 127½ Pfd. schwer. Aufgenommen am 3. März, mit einer zerfallenen Sclerose in der rechten Eichelfurche; zum zweiten Male erkrankt. Vor 7 Jahren schon eine Quecksilbertherapie durchgemacht. — 27. März. Spärliche Papeln, circa 7, in beiden Axillarlinien zum Vorschein gekommen, welche am 5. April ihr Acmestadium erreichten. Während der ganzen Zeit der Beobachtung waren 37·7° die höchste Temperatur. Das Exanthem blieb spärlich. Als solches verschwand es auch mit Hinterlassung von schuppenden Stellen in der Palma. K.-G. 124 Pfd.

38. Fall. F . . . Bertha, Handarbeiterin, 16 J. alt, 69½ Pfd. schwer. Aufgenommen am 8. Jänner mit Papeln an den Geschlechtstheilen. — 11. Jänner. An der vorderen Bauchwand die ersten Spuren von klein mac. Syph. zum Vorschein gekommen. Geringe Kopfschmerzen kündigten die Eruption an. Temperatur Abends 37·8. — 30. Jänner. Exanthem vollkommen verschwunden, und während des Bestandes desselben ist nie mehr eine Temperaturerhöhung über 37·1 zu beobachten gewesen. Ein Nachschub erschien auch nicht mehr. K.-G. 72½ Pfd.



39. Fall. Tafel 1. K . . . . Josepha, Handarbeiterin, 20 J. alt, 88 Pfd. schwer. Aufgenommen am 9. März, mit exulcerirten Papeln an den Geschlechtstheilen. — 13. März. Abends klagte sie über heftige Kopfschmerzen, Mattigkeit. Gesicht roth und turgescent Temperatur Abends 40·2. Am Stamme, besonders am Thorax spärliche Roseolaflecke. — Am 14. März war sowohl an den Extremitäten, wie auch am Stamme ein gross mac. Syph. deutlich zu sehen. Temperatur Früh 37·9, Abends 39·2. Jodtinctur innerlich. — 17. März. Das mac. Syph. blasser geworden. Standorte der Maculae durch Pigmentflecke gekennzeichnet. Temperatur Früh 36·5, Abends 36·9.

40. Fall. Tafel 9 K. . . . Marie, Köchin, 27 J. alt, 97 Pfd. schwer. Aufgenommen am 10. April, mit einer vernarbten Sclerose in der linken kleinen Schamlippe. — 26. April. Heftige diffuse Kopfschmerzen; auf einer Seite sind circa 10 rothe Flecke am Stamme erschienen; dieselben waren schon etwas über das Hautniveau elevirt. Temperatur Früh 37·4, Abends 37·6. — 28. April. Spärliches, jedoch deutlich ausgebildetes papul. Syphilid. Temperatur Früh 36·8, Abends 37·4. — 2. Mai. Kopfschmerzen haben nachgelassen. Temperatur Früh 36·6, Abends 37·2. — 3. Mai. Pap. Syph. am Stamme bis auf blasse Pigmentflecke reducirt. Temperatur Früh 36·4, Abends 36·8.

41. Fall. F . . . . Marie, Handarbeiterin, 20 J. alt, 81 Pfd. schwer. Aufgenommen am 13. April, mit superficiellen sclerotischen Erosionen an der Innenfläche des kleinen Labiums, mit sehr zahlreichen mac. pap. Efflorescenzen und hochgradigen Defluvium capillarum. — Am 3. Mai klagte die Patientin über Kopfschmerzen und Halsweh. Tonsillen etwas geschwellt. Temperatur Früh 38·1, Abends 38·2. — 5. Mai. Schmerzen in der rechten Seitenhalsgegend, woselbst die Lymphdrüsen geschwollen waren. Auch stellten sich Kopfschmerzen ein; die Milz war vergrössert. Temperatur Früh 40·1. — 6. Mai. Temperatur Früh 40·2, Abends 40·2. — 8. Mai. Entsprechend dem hinteren Drittel des Sterno-cleido-mastoideus eine Drüsengeschwulst zu bemerken. Temperatur Früh 37·2, Abends 37·6. Exanthem am Stamme vollkommen abgeblasst, jedoch gelbbraun pigmentirte Stellen zurückgelassen. Temperatur Früh 37·2, Abends 37·6. Milz- und Lymphendrüsenschwellung persistent. K.-G. 83½ Pfd.

42. Fall. P . . . . . Erasmus, Maschinenwärter, 29 J. alt, 83½ Pfd. schwer. Aufgenommen am 24. April, mit Narben in der

Raphe penis. Papulo-pustulösem Syphilide am Stamme und einem Geschwüre in der rechten Tonsillarnische. — 25. April. Schlingbeschwerden. Temperatur Früh 37·4, Abends 38·0; — 2. Mai. Die Krusten von den Pusteln entfernt; rings um die letzteren radiär verlaufende rothe Streifen zu sehen. (Lymphangoitis cutanea.) Die an beiden Unterschenkeln befindlichen Pusteln an Ausdehnung zugenommen. Temperatur Früh 38·3, Abends 39·0. — Am 8. Mai hat die Reactionsröthe in der Umgebung der Pusteln abgenommen. Temperatur Früh 36·9, Abends 37·8. — 10. Mai. Zwei der grössten Rupiageschwüre, welche sich aus den Pusteln entwickelten, vernarbt. Abends klagt der Patient über Gefühl von Hitze. Haut war feucht. Temperatur Früh 37·8, Abends 39·5. — 13. Mai. An den Standorten der Pusteln allenthalben rothe feinkörnige Granulationen, theilweise mit Hinterlassung einer resistenten Narbe überhäutet. Temperatur Früh 37·2, Abends 37·8. — 17. Mai. Rupiageschwüre in Zunahme. Narben solcher mit in Zerfall begriffen. Temperatur Früh 37·8, Abends 39·0. — 23. Mai. Heftige Schmerzen im Metacarpusknochen des rechten Zeigefingers, letzterer angeschwollen, Temperatur Früh 37·5, Abends 38·5. — 28. Mai. Das Ende des linken Radius entzündlich geschwellt. Temperatur Früh 37·4, Abends 38·7. — 8. Juni. Periost rückgängig. Temperatur Früh 37·5, Abends 38·0. Vom 6. Juni nimmt das Körpergewicht zum ersten Male zu, 84 Pfd. Geschwüre in Vernarbung. Fieber nachgelassen. — Am 30. November wurde Patient geheilt entlassen. K.-G. 92 Pfd.

43. Fall. D . . . . . Joseph, Taglöhner, 28 J. alt, 105 Pfd. schwer. Aufgenommen am 16. Februar mit einer gangränösen Sclerose, welche die linke Hälfte der Glans schon destruirte und zu einer heftigen Hämorrhagie Veranlassung gab. Mac. pap. Syphilid am Stamme. — Am 20. April klagt Patient über heftige Kopfschmerzen, welche er in der Glabellargegend localisirt. Mac. Syph. deutlicher geworden. Temperatur Früh 38·2, Abends 38·4. — 28. April. Kopfschmerzen werden diesmal entsprechend den beiden Incisiones supraorbitales localisirt. Die an der Bauchdecke befindlichen Papeln prominenter geworden, andere wieder schienen im Verlaufe der 24 Stunden entstanden zu sein. Temperatur Früh 37·8, Abends 37·9. — 1. Mai. 1. Einreibung von oleinsaurer Quecksilberoxyd-Salbe. Temperatur Früh 37·6, Abends 37·3. — 2. Mai. Der Kranke klagt über vage Kopfschmerzen und bei der leisesten Berührung der Haare gibt



er Schmerzen an. Temperatur Früh 37·7, Abends 37·9. — 8. Mai. Exanthem abgeblasst und bis auf die Papeln rückgängig geworden. Temperatur Früh 36·9, Abends 37·4. — 13. Mai. Standorte der Papeln blassbraun, gelb pigmentirt. 12 Einreibungen. Temperatur Früh 36·8, Abends 37·2. — 4. Juni. Nach 23 Einreibungen geheilt entlassen. K.-G. 106 Pfd.

44. Fall. R . . . . . Georg, Tapezierergehilfe, 20 J. alt, 96 Pfd. schwer. Aufgenommen am 12. April, mit einer Sclerose an der rechten Hälfte der unteren Mundlippe und hochgradiger indolenter Drüsenschwellung der entsprechenden Unterkiefergegend und maculösem Syphilide. — 20. April. 1. Einreibung von oleinsaurer Quecksilberoxyd-Salbe. — 1. Mai. Die ersten Maculae abgeblasst. Neue Eruption von einem maculo-papulösem Syphilide. Temperatur Früh 37·2, Abends 37·4. — 3. Mai. Maculae und Papulae an Extensität zugenommen. Temperatur Früh 37·4, Abends 37·8. — 4. Mai klagt Patient über Schmerzen bei der leisesten Berührung der Kopfhaare und Kopfschmerzen. Temperatur Früh 38·0, Abends 37·8. — 9. Mai. Exanthem vorne vollkommen rückgängig, an der Rückseite des Stammes fortbestehend. Temperatur Früh 37·2, Abends 37·5. — 12. Mai. 15 Einreibungen. Sclerose an der Unterlippe resorbirt. Syphilid allenthalben rückgängig. Temperatur Früh 37·2, Abends 37·4.

45. Fall. P . . . . . Alfred, Maschinenführer, 21 J. alt, 87 1/2 Pfd. schwer. Aufgenommen am 23. April, mit einem pustulösen Syphilide mit dem Bilde der Rupia, Pharynx und Larynxgeschwüren. Temperatur Früh 38·4, Abends 38·6. — 26. April. Krusten von den Rupiageschwüren entfernt, letztere mit grauem Pflaster bedeckt. Temperatur Früh 37·9, Abends 39·1. — 29. April. An den Geschwüren allenthalben die Bildung von feinkörniger rother Granulation und Bildung von Epithel. Temperatur Früh 37·4, Abends 38·4. — 2. Mai. Beiderseits an der Conjunctiva des Auges Pusteln aufgetreten. Temperatur Früh 37·5, Abends 38·7. — 11. und 12. Mai. Heftige Schlingbeschwerden. Larynxgeschwüre bis zu der aryepigl. Falte ausgebreitet, in der Umgebung entzündliche Röthe der Pharynxschleimhaut. Von da an trat allabendlich eine Erhöhung der Temperatur circa auf 39·9 von 37·7 Früh auf; Rupiageschwüre in Vernarbung begriffen. — 12. Mai. Schlingbeschwerden zugenommen, in der Larynxhöhle wurde rechts ein von der ary-epiglott. Falte bis zum wahren Stimmband reichendes Geschwür constatirt. Aphonie. Rupiageschwüre

granulirend. Temperatur Früh 37·7, Abends 39·9. — 14. Mai. Chinin ä. O. 14 Gran. Temperatur Früh 37·5, Abends 38·3. — 1. Juni. Grossblasige zähe Rasselgeräusche in der Lunge, grosse Athemnoth. Tod. — 9. Juni. Section: Bronchitis capill. diffus. Ulcor. phar. laryngis.

46. Fall. B . . . . Karl, Bahnaufseher, 31 J. alt, 111 Pfd. schwer. Aufgenommen am 12. September 1873 mit Sclerosis und linksseitiger Leistendrüsenschwellung, zu welcher am 26. October ein maculöses Syphilid hinzutrat. Die thermometrische Beobachtung wurde erst am 10. Mai 1874 begonnen, zu welcher Zeit zum zweiten Male Perimyositis beider Oberarm-Bicepsmuskeln und ebenso der beiden Semitendinosi; Semimembranosi und Bicepites der Oberschenkel auftrat, so dass das Strecken des rechten Vorderarmes bis zu circa 130^0, des linken bis zu circa 150^0, der unteren Extremitäten in einem noch geringeren Grade möglich war. Die passive Extension der Extremitäten war jedesmal mit Schmerzen verbunden. Der Kranke machte dessungeachtet instinctmässig jeden Morgen seine Extremitäten in der Weise brauchbar, dass er vor dem Aufstehen passive Streckversuche vornahm, wodurch das Gehen und Stehen angeblich erleichtert wurde. Die Temperatur zeigte jedesmal eine Früh-Reimission, welche sich gleichwohl über der normalen Temperatur hielt und eine Abend-Exacerbation bis zu einer Temperatur von 37·9 bis 38·2. — Am 23. Mai trat eine Besserung in Bezug auf die Perimyositis ein. Die Extremitäten waren allenthalben bis circa 170^0 streckbar geworden, die Temperatur dem entsprechend eine geringere, 37·2 bis 37·5. — Am 1. Juni stellten sich neuerdings perimyositische Erscheinungen ein, vorzugsweise den Sartorius betreffend, welcher sich bei passiven Streckversuchen krampfhaft contrahirte und besonders hervorwölbte. Temperatur Früh 37·3, Abends 38·1. — 7. Juni. An der Innenfläche der linken Tibia eine flache schmerzhafte Periostalauflagerung. Temperatur Früh 38·1, Abends 38·4. — 15. Juni. In der perimyositischen, myositischen Erscheinung wenig Besserung. Schmerzhaftigkeit der Periostialauflagerungen nachgelassen. Entlassung. K.-G. 111 Pfd.

47. Fall. W . . . . Marie, Magd, 25 J. alt, 92 Pfd. schwer. Aufgenommen am 23. März, mit Papeln an beiden kleinen Schamlippen, Maculae am Stamme und reichlich-papulösem Syphilid vorzugsweise an den Haargrenzen und am behaarten Theile des Kopfes. Während der ganzen Beobachtung, welche sich selbst auf die der In-



volution folgende Zeitperiode erstreckte, zeigte sich niemals eine über das Normale hinausreichende Temperatur mit Ausnahme des 22. April, wo Abends die Temperatur aus einem weder objectiv noch subjectiv nachweisbaren Grunde auf 37·7 stieg. K.-G. 90 Pfd. Exanthem völlig verschwunden. Bis zum 28. Mai, wo Patientin geheilt entlassen wurde, nach 25 Einreibungen bei 90 Pfd. K.-G., war die Temperatur nie über 37·3.

48. Fall. M . . . Theresia, Handarbeiterin, 16 J. alt, 74 Pfd. schwer. Aufgenommen am 29. April, mit Sclerosis des linken grossen Labiums und linksseitiger indolenter Leistendrüsenschwellung. — Am 5. Mai befand sich Patientin in den letzten Tagen der 7. Woche nach geschehener Infection. Die einzige subjective Erscheinung waren leichte Kopfschmerzen und Hitzegefühl. Temperatur Abends 37·6. Am darauf folgenden Tage Früh 37·1, Abends 37·7. Am 7. Mai Früh 37·2, Abends 37·7. Die ersten Spuren eines Syphilides, bestehend aus 18 linsengrossen, hellroth gefärbten Flecken. — Am 11. Mai 32 derlei Maculae auf einer Körperhälfte zu zählen. Temperatur Früh 36·5, Abends 37·2. — 14. Mai. Vermehrung der Maculae, jederseits circa 50. Temperatur Früh 37·0, Abends 37·7. — Am 31. Mai kommt ein mehr gross-maculöses Syphilid an der Rückseite des Stammes zum Vorschein; am vorausgegangenen Tag Temperatur Früh 37·4, Abends 37·8; denselben Tag Früh 37·2, Abends 37·6. Regression bei Früh 36·8, Abends 37·2.

49. Fall. K . . . Rudolph, Schriftsetzer, 26 J. alt, 100 Pfd. schwer. Aufgenommen am 5. Mai mit einer vernarbten Sclerose in der linken Eichelfurche und diphtherischen Papeln am After; Papeln an der Stirne und am Nacken und maculöse Syphilide am Stamme. Temperaturerhöhung bis zu 37·9 wurde nur Anfangs während der Anwendung von concentrirter Sublimatlösung auf die Papeln am After beobachtet. Die Regression des Exanthems, welche schon am 25. Mai erfolgt war, verlief ohne Temperaturerhöhung, ebenso die Zeitperiode nach derselben. — 13. Juli. Nach 18 Einreibungen bei $96\frac{1}{2}$ Pfd. K.-G. geheilt entlassen.

50. Fall. G . . . . Anton, Bäckergehilfe, 46 J. alt, 89 Pfd. schwer. Aufgenommen am 5. Mai, mit Sclerose in der linken Eichelfurche, Papeln am After, an der Stirne und maculöse Syphilide am Stamme. Die Involution des Syphilides ging bei einer Temperatur von Früh 36·8, Abends 36·9 bis 37·3 vor sich. Eine Temperatur-



erhöhung fand nur am 26. Mai statt, nämlich Früh 39·8, Abends 38·6, wobei der Patient über Athemnoth klagte und deutliche Erscheinungen von Katarrh der Bronchialschleimhaut darbot. Am 4. Tage sank die Temperatur auf das genannte Mass der Involutionsperiode. K.-G. 87 Pfd. — 19. August. Nach 57 Einreibungen mit 88 Pfd. K.-G. geheilt entlassen.

51. Fall. Tafel 18. S . . . . . Marie, Nähterin, 33 J. alt, 83 Pfd. schwer. Aufgenommen am 15. Mai, mit Papeln der kleinen Schamlippen, lenticulär-papulösem Syphilide am Stamme. Temperatur vor der Behandlung Früh 36·6, Abends 37·2. — 20. Mai. 1. Calomeleinspritzung. Temperatur Früh 37·2, Abends 38·0. — Am 23. Mai erreichte das Fieber sein Acmestadium. Temperatur Früh 37·8, Abends 39·0. — 24. Mai. 2. Calomeleinspritzung. Temperatur Früh 37·2, Abends 37·9. — Schmerzen, sowie die localen Reactionserscheinungen erreichten am 28. Mai ihren höchsten Grad, es kam wohl zur Fluctuation, jedoch nicht zur Perforation und Eiterentleerung an der Injectionsstelle. Temperatur Früh 38·8, Abends 39·9. — 31. Mai. Temperatur ad normam zurückgekehrt. Temperatur Früh 37·0, Abends 37·2. Zahnfleisch stark geschwellt, an der Innenfläche der Wange Epithelauflagerungen körnig zerfallen. — 3. Juni. An der Innenfläche der rechten Wange, der Zahnfleischsaum exulcerirt. Foetor ex ore. Dritte Injectionsstelle schmerzhaft. Temperatur bis zum 11. Juni allabendlich von Früh 37·5 auf 37·8 gestiegen. — 11. Juni. Papeln am Stamme rückgängig. Stomatitis ebenfalls. K.-G. 80 Pfd. Von da an, 13. bis zum 30. Juli, wo die Entlassung bei hergestellter Gesundheit erfolgte, war eine Abendtemperatur über 37·4 zu beobachten. Früh 37·1. K.-G. nahm während dieser Zeit um 6 Pfd. zu.

52. Fall. G . . . . Anna, Magd, 20 J. alt, 84 Pfd. schwer. Aufgenommen am 18. Mai, mit erodirten Papeln an der grossen Schamlefze und gross maculösem Syphilide am Stamme; seit acht Tagen angeblich heftiges Reissen im rechten Oberarme. Temperatur trotz der genannten Symptome Früh 37·0, Abends 37·2. — 31. Mai. Schmerzen verschwunden, Involution des Exanthems beendet. Temperatur Früh 36·4, Abends 37·0.

53. Fall. H . . . Marie, Stubenmädchen, 22 J. alt, 97 Pfd. schwer. Aufgenommen am 20. Mai mit Papeln an den Geschlechtstheilen und an den Mundwinkeln. Papeln am Stamme, Handtellern und Fusssohlen. Die Involution des hochgradigen Exanthems bot



unregelmässige bis 37·8 sich erstreckende Temperaturschwankungen dar. Vom 11. Juni Sublim. collod. auf die Fusssohlen. Temperatur Früh 36·8, Abends 37·6. — 19. Juni. Die verschorften Fusssohlen an mehreren Stellen eingerissen, welche erst am 30. Juni zur Ueberhäutung kamen, vom 21. bis zum 30. Juni Früh, Temperatur 37·2, Abends 38·2. Collod. ausgesetzt. — Bis zum 19. August, wo dieselbe geheilt entlassen wurde, war die Temperatur Früh 37·3. Nur am 11. August war ausnahmsweise eine Abend-Temperatur 38·8 zu beobachten.

54. Fall. B . . . . Michael, 37 J. alt, Hausknecht, 96½ Pfd. schwer. Aufgenommen mit einer Gummageschwulst an der linken Tibia, ebensolche, taubeneigrosse am Stirnbein, am rechten vergrösserten Leberlappen eine faustgrosse, teigig weiche Geschwulst im linken Leberlappen von gewöhnlicher Nussgrösse und heftige Schmerzen in dem linken Schienbeine. Im Jahre 1871 ein Geschwür und einen Ausschlag gehabt, wogegen er Sublimatpillen und Einreibungen angewendet hat. Nach achttägigem Jodkaliumgebrauche sank die Abend-Temperatur, welche früher 38·1 betrug, auf 36·9—37·2. Die Früh-Temperatur von 37·0—37·3 auf 36·6—37·0. — 14. Mai. Schmerzhaftigkeit, Volumen des Schienbein-Gummas abgenommen, das am Stirnbein zugenommen. Das Leber-Gumma fühlt sich auch kleiner an. Jodkalium innerlich ausgesetzt, 1. Einreibung. Temperatur Früh 36·5, Abends 36·9. — 19. Juli. 50 Einreibungen, Stirn-Gumma resorbirt, Leber voluminös. — Dämpfung in der Maxillarlinie um 4 Cm. kleiner. An der Oberfläche derselben keine Protuberanzen, sondern Depressionen zu fühlen und zwar in der Mitte des rechten Lappens. — Bis zum Tage der Entlassung, d. i. 24. August, schwankte die Temperatur zwischen Früh und Abends von 36·5—37·4. K.-G. 98½ Pfd.

55. Fall. R . . . . . Franz, 35 J. alt, Taglöhner, Bauer, 117½ Pfd. schwer. Aufgenommen am 5. Mai mit einem Gumma am Nasenrücken und mit einem nussgrossen Gumma am rechten Seitenwandbein des Schädels Temperatur Früh 37.0—37·4, Abends 37·4—37·8. — 14. Mai. 1. Einreibung. 37·2—37·3. — 15.—21. Mai schwankte die Temperatur Früh zwischen 37·0—37·8, Abends 37·7 bis 38·4. — 21. Mai bis 10. Juni. Temperatur Früh 36·8—37·4, Abends 37·2—37·6. Gummata wenig verändert. — 21. Juni. 30 Einreibungen, ausgesetzt; beide Gummata an Volumen abgenommen. Früh 36·4, Abends 36·5; — 5. Juli. 4·5 Gramm Jodkalium täglich.



Gummata wie am 21. Juni. K.-G. 111 Pfd. 44 Einreibungen, ausgesetzt; vom 12. Juni an keine Temperaturerhöhung über 36·9—37·6, Früh 36·6—36·8. — 12. August. Gummata resorbirt, geheilt entlassen. K.-G. 111 Pfd.

56. Fall. H . . . . Johanna. 41 J. alt, 74 Pfd. schwer. Aufgenommen am 15. Mai, mit einem perforirenden weichen Gaumengeschwür. — 21. Mai. 1. Einreibung, Temperatur Früh 37·1, Abends 37·6, bis zum 9. Juni Abends 37·2—37·7. — 13. Juni. 21 Einreibungen ausgesetzt. Gaumengeschwür mit Narbensaum versehen. Temperatur Früh 37·0, Abends 37·2. — 31. Juni. Geschwür überhäutet. S. D. K.-G. 77 Pfd.

57. Fall. G . . . . Anna, 20 J. alt, Magd, 97 Pfd. schwer. Aufgenommen am 18. Mai, mit Papulis der Geschlechtstheile, maculösem Syphilide am Stamme. Die Temperatur schwankte in der Regel zwischen Früh 36·5, Abends 37·2. Vom 3.—6. Juni, Früh 36·6—37·2, Abends 37·6—38·5. Mac. Syphilid bis auf Spuren regr. Nach 15 Einreibungen am 25. Juni geheilt entlassen. K.-G. 99 Pfd.

58. Fall. T . . . . . Theresia, 26 J. alt, Magd, 92½ Pfd. schwer. Aufgenommen am 22. Mai mit Papeln an den Geschlechtstheilen. — 21. Mai. 1. Einreibung. — 13. Juli. Entzündliche Schwellung, Schmerzhaftigkeit des rechten Vorderarmes, besonders entsprechend dem Ellenbogen und Handgelenke localisirt, ebensolche Schwellungen zeigen die zweiten Phalangen der Finger. Temperatur Früh 37·6, Abends 38·2. — 17. Juli. Schwellung abgenommen, Haut haltbar geworden. Temperatur Früh 37·0, Abends 36·4. — 11. August. Hand- und Phalanxgelenkaffection, sowie die äusseren Syphilissymptome völlig rückgängig. Temperatur Früh 37·2, Abends 36·2; nachher erschien kein Temperaturwechsel über 37·0; 19. August entlassen. K.-G. 87 Pfd.

59. Fall. E . . . Anna, 28 J. alt, Wäscherin, 95 Pfd. schwer. Aufgenommen am 1. Juni, im 5. Schwangerschaftsmonate, mit Papeln an den Geschlechtstheilen. Maculösem Syphilide am Stamme. Psor. des Handtellers. Patientin gibt an, seit drei Wochen den Ausschlag zu haben, bis zum 30. Mai 14 Tage hindurch Kopfschmerzen gehabt zu haben. Temperatur Früh bis zum 10. Juni 36·8—37·4, Abends 37·2—37·6. — 10. Juni. 1. Einreibung. Temperatur Früh 36·9—37·2. — 13. Juni. Schmerzen in Folge der localen Application der Sublimatlösung. Temperatur Früh 37·0, Abends 37·9. —

13*



5. Juli. 15 Einreibungen. Mac. Syph. Psor. rückgängig. Temperatur Früh 37·2, Abends 37·2. — 12. Juli. 25 Einreibungen ausgesetzt, Zahngeschwulst. Temperatur Früh 37·4, Abends 37·6. — 16. Juli. Entlassen. K.-G. 83 Pfd.

60. Fall. K . . . . Karolina, 18 J. alt, 84 Pfd. schwer. Aufgenommen am 5. Juni, mit confluirenden Papeln an den Geschlechtstheilen, angeblich seit 5 Wochen krank und hatte am Tage der Aufnahme im zweiten Schwangerschaftsmonate abortirt. Chorionzottenreste vorgefunden. Wurde bis zum 27. Juli local behandelt, von da an mit Sublimat innerlich. Temperatur Früh 37·2, Abends 37·2. — 29. Juli. In der linken Lungenspitze rauhes Exspirium, links unten Rasselgeräusche. Temperatur Früh 37·6, Abends 38·4, bis zum 2. August Bronchitis sympt regressiv. Temperatur Früh 37·2, Abends 36·4. — 9. August. Pap. Syph. involvirt, geheilt entlassen. K.-G. 83½ Pfd.

61. Fall. K . . . Anna, 24 J. alt, Kellnerin, 84 Pfd. schwer. Aufgenommen am 1. Juni, mit erodirten Papeln an den Geschlechtstheilen und gross-maculösem Syphilide am Stamme. Temperatur Früh 37·0, Abends 38·2° C. Das maculöse Syphilid wurde anfangs bei einer Temperatur von 37·4—37·8, später, 10. Juni, 36·4—37·2 immer blässer. — Am 13. Juni stieg die Temperatur von Neuem, Früh 36·2, Abends 38·2; 17. Juni Früh 36·2, Abends 37·2; 21. Juni Früh 37·2, Abends 38·6. Frische Maculae erschienen. 3. Einreibung. — 27. Juni. Temperatur Früh 37·4, Abends 38·2 (7 Einreibungen). Von nun an betrug die Maximaltemperatur 37·4°. — 29. Juni. Maculae abgeblasst. Zahnfleisch geschwellt. Temperatur Früh 37·2, Abends 37·4. 9 Einreibungen ausgesetzt. — 5. Juli. K.-G. 78 Pfd. — 22. Juli geheilt entlassen.

62. Fall. Ch . . . . . Zbiegnic, 21 J. alt. Aufgenommen am 15. Juli, mit 5 Rupiageschwüren an den Extremitäten und einem silberguldengrossen Rachengeschwüre. Periostitis des linken Acromions und Infiltration beider Lungenspitzen. Jodeisensyrup 5 g. pd. zeigte alltäglich Früh Sinken, Abends Steigen der Temperatur; ersteres erreichte selten das normale Mass und betrug 37·3—38·5; das Maximum war beim Steigen 39·0° C. — Am 23. September starb der Patient.

63. Fall. K . . . Adolph, 22 J. alt, Tischlergehilfe, 92½ Pfd. schwer. Aufgenommen am 16. Juli, mit Miliar-Knötchen, vesicul.

Syphilide, Synovitis des linken Kniegelenkes und Iritis sin. Jodeisensyrup 5 g. pd., Atropin äusserlich. Während der Progression obiger Symptome Temperatur Früh 36·9—37·2, Abends 38·2. — 29. Juli. Iritis rückgängig. Temperatur Früh 37·3, Abends 37·6. Nachher stieg die Temperatur nie mehr auf 38·2⁰, obwohl am 11. August einige frische Efflorescenzen im regr. troch. auftraten. — 14. August. Temperatur Früh 37·0, Abends 37·4. K.-G. 98 Pfd. Exanthem schuppend. Synovitis rückgängig. — Am 22. September geheilt entlassen.

64. Fall. Z . . . . Anton, 30 J. alt, 103 Pfd. schwer. Aufgenommen am 27. Juli, mit lenticulären Papeln und Psor. plant. — 4. August. Eine Temperaturerhöhung bis 39·4; keine auffällige Veränderung im Wohlbefinden. Bis zum 16. August Involution des Exanthems bei einer Maximaltemperatur von 37·0. — 20. August. Schmerzen in den Hypochondrien, Milzschwellung, von nun an unregelmässig abendlich exacerbirendes Fieber, welches am 29. August seinen höchsten Grad, Abends 39·2, erreicht hat, um dann am 30. August sehr rasch abzufallen, bis zu 37·3 am 31. August. — Am 1. September entlassen.

65. Fall. H . . . Marie, 29 J. alt, Köchin, 83 Pfd. schwer. Aufgenommen am 30. Juli, mit einem diphtheritisch belegten Substanzverluste an der geschwollenen Vaginalportion und Anaemie. Angeblich 14 Tage vor der Aufnahme inficirt. Vaginalportion mit Eisenchlorid bepinselt. — 1. September. Circumscripte Infiltrate in beiden kleinen Labien; beginnende indolente Schwellung der Leistendrüsen, welche am 13. September schon bedeutend war. — 10. September. Kopfschmerzen, Ohrenstechen. — 2. October. Vaginalportion überhäutet, knorpelig resistent. K.-G. 90 Pfd. Kein Fieber und kein Exanthem bis zum 3. October, wo sie entlassen wurde. Circa 7 Wochen darauf zeigte sie sich mit Papeln an den Geschlechtstheilen und Fleckensyphilid auf dem Stamme. — Im Monat März 1875. Eryth. annulare, Psor. plant.

66. Fall. L . . . Leopold, 25 J. alt, Spengler, 97 Pfd. schwer. Aufgenommen am 31. Juli, mit Tripper und papulo-maculösem Syphilid und klagte über linksseitige Kopfschmerzen, welche seit 4 Tagen bestanden und bis zum 8. August andauerten. (Von 7 Uhr Abends bis 7 Uhr Morgens.) Die Schmerzen blieben während des Gebrauches



von 4 Einreibungen aus und hatten keine Temperaturerhöhung über 37·1 zur Folge. — Am 31. August entlassen.

67. Fall. Sch . . . Johann, 33 J. alt, Hausdiener, 107 Pfd. schwer. Aufgenommen am 12. August, mit einer necrotischen Sclerose Praep. Letzter Coit. 2 Mon. Circumcision. Gypstheer. — 28. August. Jodeisensyrup innerlich 5 g. p. d. — 8. September. Im Gesichte einige varicellaähnliche Pusteln. Temperatur Abends 37·8 — Die Maximaltemperatur war am 10. September zu beobachten. Früh 37·6, Abends 38·5. Pusteln an Zahl rapid zugenommen. — 14. September Pusteln vertrocknet, Iritis oc. sin. ohne besondere Schmerzen entwickelt. Bis zur Heilung, d. i. 31. December 1874, war die Temperatur nie mehr über 37·6° C. — Vom 23. October an sind anstatt des Jodes 27 Einreibungen gebraucht worden.

68. Fall. H . . . . . August, 21 J. alt, Knopfmachergehilfe, 91 Pfd. schwer. Aufgenommen am 21. August, mit einer Sclerose im Saume der Vorhaut, welche seit anderthalb Monaten bestehen soll und beiderseits indolente Drüsentumoren zur Folge hatte. Locale Behandlung. — 2. September. Sclerose vernarbt, rückgängig. — 28. September. Appetitlosigkeit, Durstgefühl, Milz nicht vergrössert. — 30. September. Milzdämpfung nimmt zu. Temperatur Früh 38·0, Abends 38·4. — 2. October. Temperatur Früh 38·9, Abends 39·2. Kein Exanthem, der Kranke wurde transferirt.

69. Fall. W . . . . Wilhelm, 15 J. alt, Realschüler, 90 Pfd. schwer. Aufgenommen mit einer sclerotischen Phimose. Letzter Coit. vor 4 Wochen. Anfangs nur locale Behandlung. — 13. November. Die ersten Spuren eines maculösen Syphilides, welches sein Acme in 9 Tagen erreichte, während welcher die Maximaltemperatur 38·0° C. (am 18. November) betrug. — 27. November. 1. Einreibung; nach 6 Einreibungen keine Temperaturerhöhung mehr über 37·1. — Am 31. December geheilt entlassen.

70. Fall. A . . . . . Elisabeth, 44 J. alt, 102 Pfd. schwer. Aufgenommen am 22. September mit Caries necrot. des Seitenwandbeines des Schädels und zwar an zwei Stellen in der Ausdehnung je eines Silberguldenstückes. Jodkalium innerlich. — Am 12. November Kopfschmerzen. — 15. November. Wundränder in Vernarbung begriffen. Schmerzen entsprechend den Stirnhöckern. — 18. November. Die erwähnten Symptome zugenommen. Wundsecret foetid riechend. Temperatur Früh 37·6, Abends 37·9. — 17. De-



cember. Der foetide Geruch der Wunde verschwunden. Temperatur Früh 37·2, Abends 37·4. — 24. December. Sprache sehr erschwert, Articulation derselben unvollkommen. Temperatur Früh 37·7, Abends 39·0. — 25. December. Temperatur Früh 38·2, Abends 38·9. — 27. December. Parapleg. lat. dext., Pupille rechts verengt, gegen Lichtreiz wenig empfindlich, Temperatur Früh 38·2, Abends 39·5. — 28. December. Tod. — 29. December. Section Hydroceph. suppurat. Encephalit. necros oss. cran.

71. Fall. G . . . Barbara, Handarbeiterin, 92$^1/_2$ Pfd. schwer. Aufgenommen am 5. October mit Papeln an den Geschlechtstheilen und Tonsillen und Fleckensyphilid am Stamme. — 7. October. 1. Einreibung. — 12. October. Epileptischer Anfall zum 5. Male in ihrem Leben; die vier anderen Anfälle hatte Patientin 1874 im August während ihres ersten Spitalaufenthaltes, zugleich Incubationsstadium der syphilitischen Infection überstanden. — 15. October. Unter Erscheinungen von Schlingbeschwerden die Temperatur auf Früh 40·0, Abends 40·4 gestiegen. Binnen 4 Tagen Schlingbeschwerden, Fieber verschwunden; an der Tonsillarschleimhaut Epithelauflagerungen constatirbar. — 20. October. Temperatur Früh 36·4, Abends 36·6. — 8. November. Allgemeine Symptome rückgängig. Krämpfe nicht mehr aufgetreten. — 18. November. Einreibungen ausgesetzt. — 27 November. Geheilt entlassen. K.-G. 96$^1/_2$ Pfd. Temperatur normal.

72. Fall. S . . . . . Johanna, Musikantensgattin, 36 J. alt, 88 Pfd. schwer. Aufgenommen am 12. October, mit sclerotischen Erosionen sämmtlicher Schamlippen, welche seit 20 Tagen bestehen sollen und maculösem Syphilid. — 19. October. Letzteres abgeblasst. — 13. November. Kopfschmerzen, Durst. Temperatur zum ersten Male erhöht. Früh 37·9, Abends 38·2. Bis zum 17. November. Temperatur Früh nicht über 37·6, Abends 37·8. — 18. November. Geheilt entlassen. K.-G. 87 Pfd.

73. Fall. G . . . . Marco, 31 J. alt, Erdarbeiter, 110 Pfd. schwer. Aufgenommen am 14. October, mit einer Sclerose in der Eichelfurche. Locale Therapie. — 25. October. Erste Spuren eines maculösen Syphilides. Temperatur Abends 37·4. — Am 29. October hat letzteres an Zahl zugenommen. Temperatur Früh 37·5, Abends 37·7. Milzdämpfung entlang der Axillarlinie gemessen 8, quer darauf 3 Cm. Grosse Mattigkeit vorhanden. — 31. October. Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit. Temperatur Früh 37·1, Abends 37·6. — 1. November.



Kopfschmerzen nachgelassen. Schmerzen in den grossen Gelenken. Temperatur Früh 37·0, Abends 37·4. — 3. November. 1. Einreibung. Maculae rückgängig. Temperatur Früh 37·2, Abends 37·5. — 7. November. Schmerzen entsprechend den Stirnhöckern, einige Maculae ad dorsum elevirt. Temperatur Früh 37·1, Abends 37·6. — 8. November. Schweiss. Frische Maculae. Temperatur Früh 37·1, Abends 37·7. — 12. November. Abends reichlicher Schweiss. Maculae an Zahl zugenommen. Temperatur Früh 36·7, Abends 38·3. — Vom 14. November an Temperatur nicht mehr erhöht. Exanthem nach 25 Einreibungen rückgängig. K.-G. 110 Pfd. — 15. December geheilt entlassen.

74. Fall. St . . . Thomas, 24 J. alt, Messerschmied, 97 Pfd. schwer. Aufgenommen am 18. October, mit einer laminären Sclerose des inneren Blattes der Vorhaut, welche er sich angeblich vor vier Wochen zuzog. Bis zum 12. November beobachtet, konnte weder Fieber noch Exanthem constatirt werden. Entlassen ohne allgemeine Therapie.

75. Fall. A . . . Anton, Maurergehilfe, 28 J. alt, 101 Pfd. schwer. Aufgenommen am 18. October, mit laminärer Sclerose des inneren Blattes der Vorhaut, angeblich vor drei Wochen inficirt. — 1. November. Aeusserst spärliche Maculae (5 auf einer Seite), welche 3—4 Tage darauf verschwanden. Temperatur Früh 37·0, Abends 37·3. Die Beobachtung wurde bis zum 10. November fortgesetzt. Keine Temperaturerhöhung oder Exanthem beobachtet. K.-G. 101 Pfd.

76. Fall. Sch . . . . . . Friedrich, 32 J. alt, Gärbergehilfe, 109 Pfd. schwer. Aufgenommen am 19. October, mit einer exulcerirten Sclerose loco frenul. Angeblich vor drei Wochen inficirt. — 30. October. Acute Milzschwellung. — 13. November. Kopf eingenommen. Spärliche Maculae aufgetreten. — Am 18. November haben letztere an Zahl zugenommen; am letzten Tage war allein während der ganzen Beobachtung, die bis zum 28. December dauerte, eine Temperaturerhöhung vorhanden. Früh 37·5, Abends 37·8. Nach dem Gebrauche von 28 Einreibungen macul. Syphilid rückgängig geworden. — 28. December. Geheilt entlassen worden. K.-G. 109½ Pfd.

77. Fall. G . . . . Luigi, Erdarbeiter, 30 J. alt, 92½ Pfd. schwer. Aufgenommen am 8. November, mit 4 Sclerosen an der para-



phimotischen Vorhaut. Vor 40 Tagen coit. ultim. — 26. November. In cute penis Papeln erschienen. Am Stamme kein Exanthem. — 3. December. Erste spärliche Maculae. Temperatur Früh 37·2, Abends 38·3. Von da an keine Temperaturerhöhung. Einreibungen am 7. December aufgenommen am 17. Jänner ausgesetzt (36). Die Resorption der Sclerosen erfolgte im März. Patient hierauf (am 20. März) geheilt entlassen.

78. Fall. U . . . . . Maria, Magd, 25 J. alt, im 7. Monat schwanger, 71 Pfd. schwer. Aufgenommen am 21. November, mit einer gangraenösen Sclerose der hinteren Commissur der Nymphen. Coit. ultim. vor 3 Monaten. — 26. November. Pat. ist eines lebenden Knaben entbunden worden. So lange die Gangrän der hinteren Commissur bestand, d. i. bis zum 12. December, allabendlich Fieberexacerbationen bis 39·7° C. Früh-Temperatur war 36·4—37·7. Ein Exanthem ist an der intensiv braunpigmentirten Haut nicht gesehen worden. — 4. Jänner. 1. Einreibung, bis 28. Jänner 20 Einreibungen. — 5. Februar. Geheilt entlassen. 72 Pfd. K.-G.

Im Jahre 1875.

79. Fall. Cz . . . . . Maria, Magd, 20 J. alt. Aufgenommen am 8. Jänner, mit luxurianten Papeln an den Geschlechtstheilen und einem abgeblassten maculösen Syphilid. — Am 5. Februar bot dieselbe Bauchschmerzen, Erbrechen, Tympanitis der Gedärme und eine Temperatur von 38·4° C. dar. — 6. Februar. Symptome fortbestehend. Temperatur Früh 38·0, Abends 37·6. An dem virg. Uterus war nichts Abnormes zu constatiren. — 8. Februar. Obige Erscheinungen, sowie das Fieber für die Dauer verschwunden. — 17. März. Nach vollkommener Involution der Papeln, nach alleinig localer Therapie entlassen.

80. Fall. Kr . . . . . Joseph, Taglöhner, 19 J. alt, 93 Pfd. schwer. Aufgenommen am 15. Jänner, mit Sclerosen der Vorhaut. — Am 16. und 17. Jänner diffuses Erythem der Haut. Temperatur Früh 39·4, Abends 39·6. — 18. Jänner. Varicella. Temperatur Früh 39·0, Abends 39·2. — 19. Jänner. Temperatur Früh 37·0, Abends 37·3. Von da an kein Fieber, obwohl am 29. Jänner loco Varicell. frische Infiltrate, dazwischen auch spärliche lenticuläre Papeln aufgetreten. Beide bis März schuppend. — 19. März. Nach 34 Einreibungen geheilt entlassen. 99 Pfd. K.-G.



81. Fall. St . . . Max, Schlossergehilfe, 20. J. alt, 104 Pfd. schwer. Aufgenommen am 20. Jänner, mit Sclerosis praeput. Papul. luxur. ad anum Hypertroph. tonsillar., Anaemia. Es trat bis zum 16. Februar kein Fieber auf. — Am 16. Februar traten Schlingbeschwerden, entzündliche Schwellung der Tonsillen auf. Temperatur Früh 40·2, Abends 39·4. — 27. Februar. Letztere Erscheinungen rückgängig. An der Schleimhaut der Mandeln Epithelauflagerungen; Papeln am After rückgängig. Von dieser Zeit an das bisherige tägliche Fieber von Abends 39·0° C. verschwunden. In Folge localer Behandlung Heilung am 8. März.

82. Fall. H . . . Franz, Kellner, 22 J. alt, 85 Pfd. schwer. Aufgenommen am 20. Jänner, mit einer sclerotischen Phimose, Lymphangoitis dors. pen. und Adenitis ing. dext. Die Lymphangoitis hat am 20. Jänner zugenommen. Heftige Schmerzen in rad. pen. Temperatur Abends 37·8° C. In den darauffolgenden 18 Tagen bildete sich ein Drüsenabscess aus und die Temperatur ist Abends gewöhnlich bis auf 38·2° C. gestiegen. — 18. Februar. Adenitis punktirt. Hierauf 10 Tage hindurch Remission des Fiebers bis Abends 37·0° C. — Am 1. März maculöses Syphilid (am 2. März), Temperatur Früh 38·3, Abends 38·5° C., am 2. März Früh 37·5, Abends 37·8. — 8. März. Am Stamme frische Maculae erschienen. Temperatur Früh 37·6, Abends 37·8° C. — 7. März. Temperatur Früh 37·6, Abends 38·0. Bis zum 15. März nahm noch sowohl das Syphilid als die Temperatur dann und wann zu. Die beobachtete höchste Temperatur während dieser Zeit war am 12. März Früh 37·8, Abends 38·0. 11 Einreibungen. Heilung.

83. Fall. G . . . . Alois, Tischlergehilfe, 25 J. alt. Aufgenommen am 22. Jänner, mit einer Sclerosis exulc. loc. fren. Papeln am Stamme, K.-G. 106 Pfd. — Am 30. Jänner Hauttemperatur sehr erhöht, Gefühl von Trockenheit im Halse; Rachenschleimhaut geröthet, Früh 41·0, Abends 39·5° C. — 31. Jänner. Kopfschmerzen. Temperatur Früh 37·6, Abends 38·6. — Am 2. Februar ist unter profuser Schweisssecretion ein maculöses Syphilid erschienen. Temperatur Abends 40·5° C. Das Fieber nach 5 Tagen für die Dauer verschwunden. — 7. März. Nach 29 Einreibungen geheilt entlassen. K.-G. 106 Pfd.

84. Fall. G . . . . . Rosalia, Nähterin, 25 J. alt, 86 Pfd. schwer. Aufgenommen am 22. Jänner, mit Sclerosen an den Schamlippen und beginnenden Papeln an den Geschlechtstheilen. Seit 12



Tagen Kopfschmerzen. — 1. Februar. Halsschmerzen, Gaumenbögen entzündlich geröthet, infiltrirt. Erste Spuren von maculösem Syphilide. Temperatur Früh 36·7, Abends 38·1. 1. Einreibung. — 2. Februar. Temperatur Früh 37·2, Abends 38·5. — 4. Februar. Gaumenbögen, Epithelauflagerungen zeigend. Hautsyphilid florid. Temperatur Früh 37·2, Abends 36·7. Während der Involution des Hautsyphilides bei der Einreibungscur wurde keine Temperatur über 37·4 beobachtet. K.-G. bei der Entlassung 89 Pfd.

85. Fall. K . . . . Joseph, Taglöhner, 89 Pfd. schwer. Aufgenommen am 3. Februar, mit einer Phimose in Folge von Sclerosen. — 27. Februar. Abends waren die ersten Spuren eines maculösen Syphilides bei einer Temperatur von 37·7. Eine weitere Eruption erfolgte nicht. — 3. März. Temperatur Abends 37·3 und eine Zunahme der Milzdämpfung. — 7. und 14. März. Temperatur Abends 37·6, sonst nicht über 37·3. — 18. März. 1. Einreibung. — Am 4. April die letzte Einreibung. Fieber bis zu dieser Zeit nicht aufgetreten. K.-G. 86 Pfd.

86. Fall. G . . . Johann, 32 J. alt, Glasermeister, 108 Pfd. schwer. Aufgenommen am 3. Februar, mit Periostitis tibiae sin. Gum. cut. ad hum. sin. — 8. Februar. Schlaflosigkeit, heftige Schmerzen im linken Schienbein. Temperatur Abends 38·1. 2 grm. Jodkalium pro die. — 10. Februar. Schmerzen nachgelassen. Temperatur Früh 36·2, Abends 37·0. Der 24stündige Urin enthielt an demselben Tage 26·8 grm. Harnstoff, 0·3 grm. Harnsäure, 11 grm. Chloride, 1·6 grm. an Alkalien, 0·6 grm. an alkalische Erden gebundene Phosphorsäure, 2·2 grm. schwefelsaures Kali. — 23. Februar Jodkali ausgesetzt. 1. Einreibung. Temperatur Früh 39·6, Abends 37·1. — 19. März. Zerfall der ohne Fieber aufgetretenen, frischen Hautgummata. 23 Einreibungen. Temperatur Früh 36·8, Abends 38·0. — 20. März. Temperatur Früh 37·2, Abends 38·1. — 30. März. Hautgeschwüre rein granulirend. Temperatur Früh 36·7, Abends 38·0. Von da an stieg die Temperatur nicht über 37·2. — 4. April. Hautgeschwüre grösstentheils vernarbt. 37 Einreibungen ausgezetzt. Temperatur Früh 36·3, Abends 36·5. K.-G. 109 Pfd.

87. Fall. K . . . . . Johann, 27 J. alt, Kellner, 102 Pfd. schwer. Aufgenommen am 12. Februar, mit einem lenticulär-papulösen Syphilide und exulcerirten Papeln zwischen den Zähnen. —



23. März. Während der Jodtherapie bei rückgängigem Hautsyphilide traten heftige Kopfschmerzen auf. Temperatur Früh 38·2, Abends 38·3. — 23. März. Temperatur Früh 38·5, Abends 40·4. — 27. März. Temperatur Früh 37·0, Abends 36·2. Nachher keine Temperaturerhöhung, K.-G. bei der Entlassung 100 Pfd.

88. Fall. R . . . . August, Bedienter. 25 J. alt, Aufgenommen am 12. Februar mit einer Sclerose in der Vorhaut und maculösem Syphilide. — 18. Februar. Acut. Tonsillitis aufgetreten. Temperatur Früh 37·2, Abends 37·8. — Am 21. Februar. Milzdämpfung zugenommen. Temperatur Früh 37·3, Abends 37·4. — Am 27. Februar. spärliche Maculae. Temperatur Früh 37·3, Abends 37·2. — 8. März. Kreuzschmerzen. Temperatur Früh 37·2, Abends 37·0. Maculöses Syphilid rückgängig.

89. Fall. K . . . . Robert, Commis. 18 J. alt, Aufgenommen am 13. Februar mit sclerotischen Erosionen (scheinbar Herpes praep.) und multipl. indol. Drüsenschwellungen. Nur am 5. März trat im Gefolge einer Pharyngitis Früh 39·2, Abends 39·6 betragende Temperaturerhöhung auf. Beobachtung bis zur 8. Woche der Infection fortgesetzt. Kein Fieber aufgetreten.

90. Fall. F . . . . Guisetto, Taglöhner, 29 J. alt, 102 Pfd. schwer. Aufgenommen am 15. Februar mit schuppenden Papeln am Scrotum. Psoriasis palm. — 16. März. Diarrhöe. Temperatur Abends 39·8. Milzdämpfung vergrössert. Vom 17. März an ist die Temperatur bis zur Heilung, d. i. am 31. März, normal geblieben.

91. Fall. K . . . . Johann, Schneider, 20 J. alt, 97 Pfd. schwer. Aufgenommen am 24. Februar, mit Sclerosen in der Vorhaut. — Am 7. März trat ein spärliches maculöses Syphilid auf. Bei einer Temperatur von Früh 37·4, Abends 37·8. — Am 9. März nahm dasselbe zu. Temperatur Früh 38·2, Abends 39·0. — 16. März. Fluctuation des in ing. sin. befindlichen indolenten Drüsentumoren. Temperatur Früh 38·0, Abends 38·2. — 21. März. Frische Maculae bemerkbar. Temperatur Früh 38·6, Abends 36·8. — 23. März. 1. Einreibung. Temperatur Früh 36·8, Abends 36·2. Die Beobachtung wurde bis zur vollständigen Involution des Syphilides fortgesetzt, es wurde jedoch keine Temperaturerhöhung mehr beobachtet. Nach 12 Einreibungen geheilt entlassen. K.-G. 93 Pfd.

92. Fall. R . . . . . Joseph, Goldarbeitergehilfe, 20 J. alt, 78 Pfd. schwer. Aufgenommen am 25. Februar, mit einem reich-

lichen papulösen Syphilid der äusseren Haut und Schleimhaut, der Mundhöhle, und Halsschmerzen. Temperaturerhöhung ist während der Beobachtung nur zweimal beobachtet worden. Erstens vom 3. bis 5. März zur Zeit der Eruption einer Urticaria. Temperatur Früh 37·4 bis 38·7 betragend. Zweitens vom 21. bis 30. März als Sympton eines Gesichts-Erysipels. Temperatur 37·1 bis 40·4 betragend. Die Involution des Hautsyphilides und die Einreibungscur waren fieberlos.

93. Fall. M . . . . Stephan, Schuhmachergehilfe, 28 J. alt, 89 Pfd. schwer. Aufgenommen am 10. März mit Sclerose im inneren Blatte der Vorhaut und Intermittens quotidiana, deren Anfälle eine Temperaturerhöhung bis 39·0 zur Folge hatten. Auf Chiningebrauch vom 29. März an blieben die Wechselfieberanfälle aus. — Am 6. April Temperatur Früh 36·7, Abends 38·4. — Am 7. April ein spärlich-macul. Syphilid der Haut sichtbar. Temperatur Früh 36·8, Abends 38·0. — Das gleich intensive Fieber sowie die Eruption des Exanthems waren am 10. April zu Ende, die nachherige Involution des Syphilides sowie die 12 Einreibungen waren ohne Fieber. K.-G. 95 Pfd.

94. Fall. Sch . . . . Margarethe, Magd, 35 J. alt, 83 Pfd. schwer. Aufgenommen am 11. März mit exulcerirenden Gummata der Zunge. Die höchste Temperatur Früh 37·1, Abends 37·6 betragend, wurde am 23. April nach beendeter (21.) Einreibungscur, Vernarbung der Geschwüre, beobachtet.

95. Fall. B . . . . Magdalene, Eisengiessersgattin, 38 J. alt, 81 Pfd. schwer. Aufgenommen am 14. März mit Perfor. der Nasenscheidewand Necrosis os. vomer, conchar. nasi. Im Jahre 1862 wegen eines Fleckensyphilides mit 32 Einreibungen behandelt worden. — Am 23. März entleerte sie 8·9 grm. Harnstoff, 1·4 grm. Phosphorsäure, wovon 0·6 grm. an alk. Erden gebunden waren, 2·6 grm. Schwefelsäure. — Am 25. März Kopfschmerzen, Temperatur wie früher nicht über 36·5° C. Die Zusammensetzung des Urins ist seit dem 23. März auch wenig verändert. — Am 10. Mai Erysipel in der Glabellargegend. Temperatur Früh 39·2, Abends 40·1. — Am 13. Mai Erysipel vollkommen rückgängig. Periarticuläre Abscessbildung um den linken Oberarmkopf, Temperatur Früh 38·7, Abends 38·8. — Am 22. Mai Abscess der Obliteration nahe. Fieber zum ersten Male verschwunden. Temperatur Früh 36·8, Abends 37·3° C.



96. Fall. Cz . . . . Josef, Tischlermeister, 45 Jahre alt, 125 Pfd. schwer. Aufgenommen am 15. März mit necrotischen Sclerosen in der phimotischen Vorhaut, pustulösem Syphilide und Lungendampf. Bis zum 28. März allabendlich Fieberexacerbation von 37·8 bis 38.2⁰. — Am 20. März entleerte der Patient 30 grm. Harnstoff, 2·3 grm. Phosphorsäure. — Am 23. März Inanition in Folge des Appetitmangels. Der Harnstoff betrug p. d. 17·2 grm., die Schwefelsäure 1·8 grm., Phosphorsäure 1·9 grm., wovon 0·3 grm. an alk. Erden gebunden waren. — Am 28. März allgemeines Oedem, von da an bis zum 14. April (einen Tag vor dem Tode) die Temperatur nicht über 37·2⁰ C.

97. Fall. W . . . . Johann, Kutscher, 24 J. alt, 100 Pfd. schwer. Aufgenommen am 15. März mit lenticulären Papeln am Stamme. Pusteln an der Stirne. Die höchste Temperatur Abends 37·8 wurde am 16. März beobachtet; nachher 37·4⁰ C. — Am 17. März Temperatur Früh 37·0, Abends 37·2. Er entleerte hiebei 27·3 grm. Harnstoff, 2·1 grm. Phosphorsäure, wovon 0·76 grm. an alk. Erden gebunden waren, und 2·2 grm. Schwefelsäure. — Am 18. März Temperatur Früh 37·2, Abends 37.4. Der Harnstoff betrug 29·5 grm., die Phosphorsäure 2·4 grm., wovon 0·6 grm. an alk. Erden gebunden waren, 7 grm. Schwefelsäure. — Vom 20. März bis zum 25. April 37 Einreibungen. — Am 30. März entleerte er 20·6 grm. Harnstoff, 1·6 grm. Phosphorsäure, wovon 0·4 grm. an alk. Erden gebunden waren, 1·9 grm. Schwefelsäure den darauffolgenden Tag. Am 14. April 24 Einreibungen, Involution sämmtlicher Symptome. Es wurden 23·7 grm. Harnstoff, 2·5 grm. Phosphorsäure, 2·6 grm. Schwefelsäure entleert. K.-G. 113 Pfd.

98. Fall. T . . . Ignaz, Schneidergehilfe, 21 J. alt, 93 Pfd. schwer. Aufgenommen am 22. März mit einer Sclerose an der Eichel; angeblich seit 3 Wochen inficirt. Die Beobachtung wurde 7 Wochen lang fortgesetzt. — Am 28., 30. April heftige Schmerzen und Resistenz in der reg. hypogastr. dext. Temperatur zwischen 38·0 und 39·4⁰ C. Auf Klystiere zahlreiche Skybala entleert und obige Symptome. Fieber verschwunden.

99. Fall. N . . . Adolf, Schlossergehilfe, 26 J. alt, 123 Pfd. schwer. Aufgenommen am 31. März mit einem maculo-papulösen Syphilide und Tonsillitis. — Am 4. April entleerte der Patient 35·4 grm. Harnstoff, 2·2 grm. Phosphorsäure, wovon 0·49 grm. an



alk. Erden gebunden waren, 2·1 grm. Schwefelsäure. — Vom 5. April bis zum 15. Mai 32 Einreibungen. Temperatur zwischen 36·0 und 37·8° C. — Am 14. April Tonsillitis zugenommen. Temperatur Früh 37·2, Abends 37·8. Harnstoff p. d. 28·3 grm., Phosphorsäure 2·6 grm., wovon 0·3 grm. an alk. Erden gebunden waren, Schwefelsäure 2·6 grm. K.-G. bis zur Entlassung am 15. Mai 125 Pfd.

100. Fall. L . . . . Johann, Tischlergehilfe, 29 J. alt, 102 Pfd. schwer. Aufgenommen am 31. März mit einem maculo-papulösen Syphilide. Temperatur stieg niemals über Früh 37·1, Abends 37·6. — Am 9. April entleerte Patient 7·9 grm. Harnstoff, 2·1 grm. Phosphorsäure, wovon 2·3 grm. an Erdephosphate gebunden waren, 1·1 grm. Schwefelsäure. — Am 14. April am 3. Tage der Einreibecur 2·1 grm. Harnstoff, 1·3 grm. Phosphorsäure, wovon 0·7 grm. an alk. Erden gebunden waren, und 1·7 grm. Schwefelsäure. Am 15. Mai nach 30 Einreibungen Heilung und Entlassung. K.-G. 108 Pfd.

101. Fall. S . . . . Wasil, Taglöhner, 28 J. alt, 122 Pfd. schwer. Aufgenommen am 19. April mit einer Sclerose in der Eichelfurche, angeblich seit 3 Wochen inficirt. Die Beobachtung bis zum 21. Mai fortgesetzt. — Am 5. Mai eine Vergrösserung der Milzdämpfung, jedoch kein Fieber oder Exanthem constatirt worden.

102. Fall. M . . . . Anna, Magd, 33 J. alt, 88 Pfd. schwer. Aufgenommen am 26. October 1872 mit Periostitis gummatosa des rechten Schienbeines und Patella und zahlreichen tiefsitzenden Tuberkeln am ganzen Körper, die besonders im Subcutan-Bindegewebe ihren Sitz hatten. Patientin wurde vorzugsweise zu einer Zeitperiode in Bezug auf den Stoffwechsel beobachtet, wo all' die genannten Processe und ausserdem eine Albuminurie bestanden. — Am 9. Aug. 1874 trat sie von Neuem mit exulcerirten Gummata des linken Unterschenkels in Behandlung. K.-G. 92 Pfd. — Am 23. März K.-G. 101 Pfd. Sie hatte während der ganzen Beobachtung nie eine Temperatur über 37·4° C. gezeigt. — Am 23. März 1875 entleerte sie 18·9 grm. Harnstoff, 3·6 grm. Phosphorsäure, wovon 0·39 grm. an alk. Erden gebunden waren, und 1·5 grm. Schwefelsäure p. d. Die übrigen chemischen Analysen befinden sich tabellarisch geordnet in den beigefügten Tabellen.



Bei der Wahl der Fälle habe ich, wie ersichtlich, mein Hauptaugenmerk auf die unanfechtbarsten Symptome der allgemeinen syphilitischen Infection, auf die Erkrankung der Haut gerichtet, und zwar habe ich hier sowohl jene Periode, welche dem Auftreten derselben vorausgeht und mit derselben zusammenfällt, als auch diejenige, welche zwischen Eruptionen liegt und die Periode der sogenannten Latenz darstellt, mit in Betracht gezogen.

Bevor ich aber die oben angeführten Fälle zum Behufe eines Resumés und zur Lösung der gestellten Aufgabe zusammenfasse, sei es mir gestattet, auch der subjectiven Erscheinungen bei Syphilis Erwähnung zu thun. Es ist wohl letzteren je nach Massgabe des mehr oder weniger entwickelten Selbstbeobachtungsvermögens ein ganz verschiedener Werth beizulegen, mit Stillschweigen kann man sie jedoch nicht übergehen, weil sie aus derselben Ursache entstanden, die Vorläufer oder Begleiter der objectiven Symptome, darunter der Temperaturveränderung sein können; folglich ihre genaue Kenntniss, wovon die Constatirung des Vorhandenseins derselben abhängt, sowohl für die Beobachtung, als für die weitere Verwerthung des Beobachteten erforderlich ist.

1. Betreffs der Häufigkeit des Vorhandenseins der subjectiven Symptome im Allgemeinen gelangt man je nach der Art der Untersuchung zu verschiedenen Resultaten. Fasst man nur diejenigen (36) Fälle zusammen, welche während des Incubationsstadiums schon Gegenstand klinischer Beobachtung waren, wo der Patient täglich gefragt worden ist, so ergibt sich der hohe Percentsatz von 44·4. Berücksichtigt man aber im Allgemeinen alle 102 hier erwähnten Fälle, so ist der Percentsatz viel geringer, nämlich 37·5. Für alle Fälle scheint es also nicht gewagt, zu behaupten, dass die syphilitische Infection oft genug mit Alteration des Gemüthszustandes und des allgemeinen Wohlbefindens einhergeht. Diese Zustände sind aber keineswegs in allen Fällen so hochgradig, dass sie einem minder begabten, sich wenig beobachtenden Patienten nicht entgehen können. So darf es nicht Wunder nehmen, dass die subjectiven Erscheinungen von vielen Autoren kaum berücksichtigt und das Fieber als einziges Symptom während des Prodromalstadiums hingestellt wird.



2. Die Zeit des Auftrittes subjectiver Symptome. Als erste Spuren einer von der syphilitischen Infection abhängenden subjectiven Erscheinung lassen sich (in den Fällen 21, 38, 39, 80) nur die unmittelbar 1—2 Tage, in äusserst seltenen Fällen, z. B. in dem Falle 84, 20 Tage der Eruption eines Hautsyphilides vorangehenden Veränderungen im Wohlbefinden auffassen, und diesen Zusammenhang der syphilitischen Infection und subjectiver Symptome glaube ich darum mit einiger Sicherheit schliessen zu dürfen, weil sie in eine Zeit fielen, wo die allgemeine Infection der Säftemasse auf Grund der allgemeinen Lymphdrüsenschwellung anzunehmen war, und weil sie in der Regel den objectiven Symptomen, dem Fieber und den Hautexanthemen, vorangingen, oder gleichzeitig mit denselben auftraten, im ersteren Falle wohl Remissionen, jedoch keine Intermissionen zeigten.

Dieser häufig sich wiederholende Zusammenhang zwischen subjectiven und objectiven, speciell Fiebersymptomen, macht eben ihre Berücksichtigung nothwendig, weil sie, wie eben gesagt, die Zeitperiode andeuten, wo insbesondere Fieber vorhanden zu sein pflegt.

Jene Veränderungen im Wohlbefinden, welche der Eruption früher als 20 Tage vorausgingen, sind, soweit sie keinen anderen Grund haben, so minimal, oder wenn sie hochgradig waren wie in dem Falle 93, trotz der immer mehr herannahenden Eruption oft so intermittirend, dass sie nicht zwingend als Wirkung des syphilitischen Giftes gedacht werden können. Also das Incubationsstadium, was seine Bedeutung als Krankheit anbetrifft, schrumpft hienach auf die unmittelbar vor der Eruption liegende Periode, d. i. auf das Prodromalstadium, — höchstens 20 Tage betragend, — zusammen.

Fournier ist der Meinung, dass die subjectiven Erscheinungen und das Fieber sich erst beim Eintritte in die secundäre Periode, d. i. zur Zeit der Eruption bemerkbar machen, er beschränkt also dieselben auf einen noch engeren Zeitraum. Fournier sagt: (l. c. p. 851) „La syphilis ne détermine guère d'accidents febriles que durant le cours de son stade secondaire". Nach Zeissl (l. c.) kommen die Fieberbewegungen „nur beim ersten Ausbruche der Syphilis vor".



Ueber den Zeitraum, welcher zwischen dem Auftreten der subjectiven Symptome und der Infection verstreicht, konnten nur einige der hier angeführten Fälle Aufschluss geben, diese lehrten aber, dass das Ende der siebenten Woche der Infection derjenige Zeitpunkt sei, in welchem das Allgemeinbefinden des Kranken zum ersten Male gestört wird. In der Mehrzahl der Fälle sind die Angaben über den Zeitpunkt der Infection sehr unzuverlässig, in anderen ist wieder mit Gewissheit nachgewiesen, dass die Eruption und dem entsprechend die Prodromalsymptome, wie in den Fällen 65, 67, 77, nach zwei Monaten zeigen können.

Das Auftreten dieser subjectiven Erscheinungen ist nicht an gewisse Stunden des Tages gebunden, sondern diese waren vielmehr von gewissen physikalischen Momenten abhängig. Temperaturerhöhungen z. B. begünstigen gewöhnlich das Auftreten von subjectiven Symptomen. Der Eintritt der normalen allabendlichen Temperaturmaximen ist gewöhnlich auch die Zeit, wo jene auch am häufigsten zum Vorscheine kommen. In den Fällen 7, 36, 39, 43, 59, waren die Schmerzen besonders Abends heftig und haben erst in der Früh nachgelassen. Die Kranken 54, 86 bekamen die Schmerzen, sobald sie die schmerzhaften Körpertheile mit Umschlägen abzukühlen unterliessen. Im Falle 10 exacerbirten die neuralgischen Schmerzen wenn man auf den nerv. infraorb. gedrückt hat etc. Bei Feuerarbeitern (F. 35, 42, 43) traten solche auf, wenn sie ihren Berufspflichten nachkamen, leicht erregbare Kranke (F. 36, 45, 73) überfiel das Gefühl von Hitze, wenn sie sich aufregten; gewöhnlich sind diese Individuen Schwächlinge und haben während des Eruptionsstadiums am häufigsten das Gefühl von Müdigkeit und Mattigkeit.

3. Der Sitz der subjectiven Empfindungen waren besonders jene Nervengebiete, welche sich schon früher im irritirten Zustande befanden, so z. B. waren im Falle 10 die heftigsten neuralgischen Schmerzen in jenem Nervengebiete (Infraorbitalis) zu beobachten, welches angeblich schon früher etwas schmerzhaft afficirt war, speciell wurde von den Kranken das Gebiet des Nerv. front. am hauptsächlichsten als schmerzhaft bezeichnet. Im Allgemeinen haben physikalische Momente auch auf die Localisation der Schmerzen einen Einfluss, dies



geht aus dem bezüglich des Auftretens von subjectiven Symptomen Gesagten hervor; damit soll aber nicht behauptet sein, dass die physikalischen Einflüsse das ursächliche Moment wären, weil ein Gesunder denselben Einflüssen ausgesetzt sein kann, ohne dass diese Symptome die Folge jener Einflüsse wären. Das syphilitische Gift gelangt vielmehr durch die geschilderten Einflüsse zur Wirkung. Als Beleg hiefür mag noch der Kranke (F. 7) dienen, welcher, gewöhnlich nur in den Abendstunden an Kopfschmerzen leidend, dieselben auch bekommen haben will, so oft er sich während des Tages den Sonnenstrahlen aussetzte.

Selten kommt es vor, dass die Kranken den Kopfschmerz genau localisiren; auf die Frage, wo es wehe thue, greifen sie gewöhnlich mit der ganzen Hand auf die Stirn- und Schläfegegend, gegen das Hinterhaupt hinstreichend; jedoch wurden die Schmerzen beim Druck auf die Supraorbital-Incisuren als intensiver angegeben, allein niemals so heftig und präcis, wie wir bei gewöhnlichen Neuralgien zu beobachten gewohnt sind.

4. Häufigkeit des Vorkommnisses im Speciellen. Was den Kopfschmerz — den Hauptrepräsentanten der subjectiven Erscheinungen — anbelangt, so ist dieser häufiger Begleiter der Eruption und der Nachschübe (in 22 Fällen 21%), als des Stadiums der Regression der Exantheme (in 3 Fällen). In einem Falle persistirte aber derselbe durch die ganze Dauer der Beobachtung, d. i. auch während der Regression des Exanthems.

Ferner waren noch in 7 Fällen Schmerzen in den Gliedern, in 6 Fällen Halsschmerzen; 5mal vage Zahnschmerzen; 2mal Schlaflosigkeit; 2mal intensive Supraorbital-; 2mal Infraorbital-Neuralgie; 1mal Prosopalgie vorhanden.

Ausser den genannten Formen der subjectiven Symptome verdient als Symptom nicht nur der Eruption im Allgemeinen (F. 21, 39, 73), sondern auch der Regression und des Zeitraumes nach dem Exanthem das Gefühl von Mattigkeit und Müdigkeit wie z. B. in dem Falle 36 erwähnt zu werden, welches sich bis zu deutlichen Muskelschmerzen steigern kann. Sie treten gerade zu einer Zeit auf, wo man sich gewöhnlich am wohlsten zu befinden pflegt, d. i. des Morgens und scheinen im Laufe des Tages allmälig zu weichen. (F. 21, 39, 73).



Es scheint sehr wahrscheinlich, dass dieses dumpfe Gefühl des Müdeseins vorzugsweise ein Muskelgefühl sei, weil dasselbe in manchen Fällen (F. 36, 46) in eminente perimyositische Schmerzen ausartete. — Das Auftreten der letzteren erfolgt jedoch nicht mehr während der Eruptionsperiode, sondern zu einer Zeit, wo das Exanthem schon rückgängig ist, d. i. circa in drei (F. 36) bis neun Monaten nach der Infection. (F. 46.)

Rheumatoide Schmerzen in den Gliedern, besonders den unteren Extremitäten, schliessen sich genau der Erkrankung des Perimysiums an; als Ausgangspunkt dieser rheumatoiden Schmerzen wird von den Kranken die Wirbelsäule, das Kreuzbein bezeichnet, von welcher aus dieselben gegen die grossen Gelenke hinausstrahlen, und sich in den Trochanteren und Schienbeinen festsetzen sollen, sie gehen gewöhnlich den schwersten Formen von Syphiliden 1—8 Tage (wie z. B. in dem Falle 63) voran und pflegen der Einwirkung von Kälte zu weichen.

An Acuität kommen sie jedoch den rheumatischen Schmerzen niemals gleich, insofern aber zeigen sie eine grosse Analogie mit denselben, als nicht selten Exsudate in den Synovialhöhlen der Gelenke und um dieselben sich dazu gesellen (wie im Falle 63 und in zwei hier nicht mitgetheilten Fällen B—w, W—l), Schmerzen in den Gelenken und Synovial- und serösen Häuten treten viel seltener auf. Die weniger prägnanten Formen von subjectiven Empfindungen, z. B. Aufgeregtsein, Hitzegefühl kommen sehr häufig vor, ihre Aetiologie ist aber eine so vielfältige, dass dieselben nicht jedesmal, wenn sie bei der syphilitischen Infection auftreten, mit der Infection in Zusammenhang gebracht werden können.

Bei der Besprechung der objectiven Erscheinungen, insbesondere aber der Temperaturverhältnisse, muss vor Allem auf das Verhältniss der eben besprochenen subjectiven Erscheinungen zu der Körpertemperatur Rücksicht genommen werden. Die Intensität der Schmerzen, der belästigenden Empfindungen steht nicht immer in einem directen Verhältnisse zu der beobachteten Temperatur, diess war besonders der Fall, wenn die Schmerzen längere Zeit hindurch continuirlich anhielten (wie in dem Fall 7, am 29. März und 4. April); nach vollkommenen, wenigstens einige Tage andauernden Remissionen treten jedoch

dieselben Reactionserscheinungen in Bezug auf Temperatur wieder auf, wie bei Beginn der Symptome.

Die bedeutendsten Temperaturerhöhungen waren bei jenen Kopfschmerzen zu beobachten, welche zum ersten Male vor der Initaleruption (F. 39, 40), oder bei jenen, welche nach einer verschieden lange anhaltenden Remission, vor oder gleichzeitig mit einem Nachschube auftraten (F. 4, 43).

Selbst die unbedeutendsten subjectiven Symptome, wie z. B. ziehende Schmerzen in den Gliedern (F. 36), Gefühl von Müdigkeit (F. 21) wurden von einer Temperaturerhöhung begleitet, sobald sich denselben nachweisbare objective Veränderungen beigesellten, z. B. Exsudate in und um die Gelenkskapseln (F. 95).

Umgekehrt haben jene exudativen Processe, welche ohne besondere Schmerzen einhergehen, (F. 67.) keine entsprechende Temperaturerhöhung zur Folge, so dass man unwillkürlich zu dem Ausspruche gelangen muss, dass die im Vereine mit den subjectiven Erscheinungen auftretenden objectiven Veränderungen vorzugsweise von Fieber begleitet sind.

Es soll mit dem Gesagten nur angedeutet werden, dass sowohl bei den subjectiven, als bei den objectiven Erscheinungen in Folge der syphilitischen Infection der Blutmasse innerhalb gewisser Grenzen, in Gesellschaft beider Erscheinungen aber beinahe constant Fiebersymptome auftreten.

Der Hauptsache nach, besonders was das Eruptionsstadium betrifft, stimmen hiemit Güntz, Zeissl, Lancereaux, Desprès, Courtaux und dessen Lehrer Fournier überein, obwohl die Ersteren die ventilirte Frage nur berühren, die Letzteren zwei bei der Beantwortung derselben mehr die Analogie der syphilitischen Infection mit der Malaria-Krankheit ins Auge fassen, so dass eine Relation der subjectiven und objectiven Erscheinungen untereinander nicht stattfindet. Diess war der Grund, aus welchem ich auf Grundlage des zu Gebote stehenden Materiales mehr diese Verhältnisse der Erscheinungen untereinander berücksichtigte.

Minder übereinstimmend sind die Meinungen über das sogenannte essentielle Fieber bei Syphilitischen, d. i. ob Fiebersymptome mit der syphilitischen Infection ohne jedwede objective Veränderungen, in Zusammenhang gebracht werden können.



Diese Frage ist von Fournier mit „Ja“ beantwortet worden; ich will auf dieselbe, dem vorgezeichneten Plane gemäss, erst später zurückkommen.

Objective insbesondere Fiebersymptome. Wir wollen nun die verschiedenen Typen der Syphilis der klinischen — der Schwere der Erkrankung nach — festgesetzten Reihenfolge nach Revue passiren lassen.

A. Die erythematösen Formen des Hautsyphilides — 39 Fälle — sind diejenigen, welche im Vergleiche mit den zwei anderen, hier berücksichtigten Formen von Syphiliden, am häufigsten die acuten nicht syphilitischen Exantheme, Variola, Scarlatina, in Bezug auf Acuität nachahmen.

Es kömmt diess aber gegenüber der grossen Mehrzahl der Fälle selten vor: 12·8 % der Gesammtzahl 39 machen jene Fälle aus, wo die Eruption des Fleckensyphilides unter heftigen Fiebersymptomen erfolgte. Das Prodromalstadium beschränkte sich bei diesen Fällen (21. 23. 39. 61. 83), sowie bei der erythematösen Form von Syphiliden überhaupt auf 1—2 Tage; was subjective Erscheinungen und das Verhältniss der Eruption zum Fieber betrifft, so ähnelt dieser erythematöse Typus am meisten den leichteren Fällen von Scharlach. (Die Tonsillaraffection bei letzterem abgerechnet).

Nach 1—2tägiger Dauer erreicht das Fieber noch vor dem Erscheinen des Exanthems sein Acmestadium, worauf unmittelbar das Exanthem in seiner vollen Blüthe dasteht, gerade bei diesen Fällen ist auch die Defervescenz des Fiebers eine rasche und continuirlich vorschreitende; 3—4 Tage genügen zur Rückkehr ad normam, wie aus der Tafel zu der Kr. G. 39, F. 84. ersichtlich. Gerade dieser Umstand verdient als Charakteristikon hervorgehoben zu werden, weil er den acuten nichtsyphilitischen Exanthemen abgeht.

Das Gefühl von Hitze, welchem jedoch kein merkliches Frösteln vorausging, Kopf- und Halsschmerzen kündigten in diesen Fällen das Herannahen eines solchen, mehr acut auftretenden syphilitischen Exanthems an; die Temperatursteigerung beträgt hiebei anfangs in dem Falle 84 38·1° C., den darauffolgenden Tag erreichte sie in dem Falle 84 38·5°, in dem Falle 39 40·1°, das war Abends der Fall. Die Haut war dabei



trocken, schwach geröthet, am Abende des darauffolgenden Tages trat Sinken der Temperatur um circa 1° ein; das gleichmässige Erythem der Haut ist schon verschwunden, das Fleckensyphilid ist um so deutlicher — in solchen Fällen (wie z. B. 39. 84.) über den ganzen Körper verbreitet, hervorgetreten. Kopfschmerzen, welche noch den vorausgegangenen Abend Hauptursache der Klage gewesen, sind unbedeutend geworden, das Exanthem besteht jedoch noch wochenlang. Die grosse Mehrzahl der maculösen Syphilide hat einen von der geschilderten acut auftretenden Eruption abweichenden Gang, das Exanthem tritt nicht plötzlich, sondern allmälig, schubweise auf; es vertheilen sich somit sozusagen sowohl die subjectiven Erscheinungen, als die hohe Temperatur auf einen grösseren Zeitraum; dass dann auf die einzelnen 20—30 linsengrossen Maculae betragenden Nachschübe nicht viel von den subjectiven Erscheinungen und von der Temperaturerhöhung fällt, kann uns nicht überraschen. (Dies ist z. B. der Fall in den Fällen 21, 28, 29.)

Auf das Zählen der Efflorescenzen von Zeit zu Zeit lege ich viel Gewicht, weil man dadurch zu einem später zu erwähnenden, für die Beurtheilung des Processes nicht unwichtigen Resultate gelangt.

Im Falle 48 waren am ersten Tage der Eruption auf der einen Körperhälfte (welche allein in Anbetracht der symmetrischen Vertheilung des Exanthems bei der Zählung berücksichtigt zu werden braucht), circa 17 Maculae zu sehen, die Temperatur betrug Früh 37·2, Abends 37·7; — 5—6 Tage dauerte die Eruption in der Weise fort, und das Syphilid, aus circa 50 Flecke auf je einer Hälfte des Stammes bestehend, erreichte seinen höchsten Grad, und wurde rückgängig bei einer Temperatur von Früh 36·8, Abends 37·2, welche auch vor der Eruption als Normal-Temperatur beobachtet wurde. Die Regression des Exanthems fand binnen 10—14 Tagen statt, ohne dass weitere bemerkenswerthe Erscheinungen zum Vorschein gekommen wären. Aehnliches war in dem Falle 73 zu beobachten.

Selten ist aber hiemit das Register der Symptome der syphilitischen Infection abgeschlossen, wir beobachten viel häufiger eine ganze Reihe von Nachschüben Wochen und Mo-



nate lang. Kaum sind die Erstlings-Efflorescenzen erblasst, so blühen schon neue auf; je nach der Vehemenz mit der diese aufeinander folgen, wird das Fleckensyphilid bald dichter, bald spärlicher, das kleinmaculöse Syphilid bleibt hinter dem grossmaculösen an Vehemenz gewöhnlich weit zurück. Eine Temperatursteigerung um circa 0·7° bis 1·1° C. kündigt das successive Auftreten von kleinmaculösem Syphilid an (wie z. B. in den Fällen 76, 85), während beim grossmaculösen eine Temperaturerhöhung von 1—1·5° als Abendexacerbation gar nicht selten ist (z. B. in dem Falle 61). Früh-Remissionen fallen jedoch auch beim letzteren mit der normalen Temperatur zusammen.

Die continuirlich vorschreitende Involution beider Arten von Fleckensyphiliden geht gewöhnlich ohne Temperaturerhöhung binnen 7—40 Tagen einher. Es gibt ausser diesen Modalitäten der Eruption und Involution des Exanthems auch einen abortiven Verlauf, wo nach rasch vorübergehendem Aufgeregtsein mit oder ohne Unwohlsein ohne jedwede Temperaturerhöhung circa 20 linsengrosse Flecke am Stamme erscheinen, um rasch in 1—2 Wochen für immer zu verschwinden. Dies war der Fall bei chlorotischen Personen mit Nonnengeräusch in der Vena jugul. ext. und bei Individuen von sogenanntem pasteusen Aussehen. Die Beobachtung ist in diesen Fällen durch 3—4 Monate täglich fortgesetzt worden, und die Primäraffecte waren viel zu charakteristisch, um an der Localinfection zweifeln zu können.

B. Das Erythema maculo-papulosum (21 F.) zeigt selten sich continuirlich potenzirende, dann aber stillstehende Eruption, selten eine gleichmässige Ausbreitung über den ganzen Körper, es erscheint oft als Fortsetzung des maculösen Syphilides.

Im Falle 21 z. B. stellte sich 18 Tage nach der ersten Eruption, welche aus einem spärlichen maculösen Syphilid bestand, sich bei einer Abend-Temperatur von 37·6 entwickelte und binnen 9 Tagen bei einer Maximal-Abend-Temperatur von 37·4 rückgängig wurde, Abends ein Frostanfall mit darauffolgendem Hitzegefühl ein; die Haut fühlte sich hiebei klebrig an; auf der Bauchdecke machten sich zahlreiche elevirte Flecke (maculae) bemerkbar, das Bild des Erythema maculo-papulatum darstellend. Früh-Temperatur am Tage der Eruption 37·7,



Abends 38·4. — Zwei Tage darauf Abends schon 37·6, dann eine 22tägige fieberlose Involution (s. die Fälle: 8, 24, 43, 77). Die Erhebung der Flecke über das Hautniveau, d. i. die Umwandlung des reinen Fleckensyphilides in ein Erythema maculo-papulatum, kann aber (obwohl selten, in 21 Fällen 1mal) auch allmälig bei einer Abend-Temperatur von 37·2 stattfinden, wie im Falle 26. Eine derartige Umwandlung betrifft gewöhnlich nur einige der Flecke letzten Datums. Auffallend ist es, dass es gerade bei dieser Form von Syphiliden so häufig (in 21 Fällen 7mal) zu übermässiger Schweisssecretion kömmt, letztere begleitet aber nicht immer die Eruption selbst, obgleich sowohl das Exanthem, wie Schweisssecretion wahrscheinlich einer verwandten Ursache ihre Entstehung verdanken, was man am besten von der Wirkung von schweisstreibenden Mitteln ersieht, welche auf die In- und Extensität der Eruption entschieden einen fördernden Einfluss haben.

Die maculo-papulöse Form tritt aber oft genug auch in den ersten Zeiten der Eruption als solche auf, hier ist auch der Einfluss derselben auf die Temperatursteigerung bei einiger Extensität des Exanthems ein schärfer markirter (z. B. F. 77); zwischen 37·1 und 38·4° kommen Temperaturerhöhungen bis zum Acmestadium des Syphilids beinahe als Regel vor, gleichgiltig, ob das letztere als Erstlingssyphilid oder als Nachschub aufgetreten war. Es verdient hervorgehoben zu werden, dass diese Form der Syphiliden am häufigsten (in 21 Fällen 19mal) von Fiebererscheinungen begleitet ist, die zwar nicht hochgradig, jedoch bei rapidem, 1—2 Tage dauerndem Vorschreiten der Eruption um so constanter sind.

Der Progression des Fiebers entspricht auch — in Bezug auf die Dauer — die Defervescenz. Das Acmestadium des Fiebers fällt entweder kurz vor der Eruption des Exanthems oder mit derselben zusammen, was besonders in solchen Fällen deutlich sichtbar ist, wo die Nachschübe in grossen Intervallen auftreten. Während des Fortbestandes, respective der Involution dieses Exanthems zeigte sich im Allgemeinen kein Fieber, ebensowenig nach dem Verschwinden des Exanthems.

C. Die reine papulöse Form, (11 F.) das Lenticular- und Miliarknötchen-Syphilid mit inbegriffen, zeigt ein mehr conti-



nuirliches Eruptionsfieber, welches von heftigen Kopfschmerzen, Reissen in den Gliedern eingeleitet zu werden pflegt und zwar in der Weise, dass die Schmerzen der Temperaturerhöhung 1—2 Tage (im F. 83) vorangehen, dann concomitirend werden (F. 31), und trotz eingetretener Remission fortdauern können. Die Dauer der Eruption erstreckt sich auf 3—14 Tage, während welcher Zeit die Involution der Erstlings-Efflorescenzen nicht stattzufinden pflegt, folglich das Exanthem als solches in fortwährender Zunahme begriffen sein muss. Das begleitende Fieber zeigt jedesmal Früh-Remissionen, welche sich im Rayon der gewöhnlichen Normal-Temperaturgrenzen bewegen, und Abends Exacerbationen von 38·1 und darüber betragen können (F. 51). Das Acmestadium des Fiebers, Früh 37·7, Abends 38·1 fällt weder immer auf den Anfang der Eruption, noch regelmässiger auf das Ende derselben, vielmehr trifft es mit jenem Nachschube oder mit jener Eruption zusammen, welche die zahlreichsten Efflorescenzen zeigt, so dass ich ein regelmässiges, periodisches Wiederkehren gleichgestalteter Fiebercurven niemals beobachten konnte; dies gilt aber nur für das rein lenticulär-papulöse Syphilid. (F. 40, 37.)

Das Miliarknötchen-Syphilid verdient in dieser Hinsicht vom Lenticulärknötchen-Syphilid getrennt zu werden, schon wegen der Vehemenz der Eruption, welche sich auf 2—4 Tage erstreckt, andererseits aber wegen des schleppenden Verlaufes der Involution und der bedeutenden subjectiven Symptome und insbesondere schwerer Complicationen, welche eine klare Einsicht in den Gang des dem Exanthem angehörigen Fiebers kaum gestatten.

In einem Falle trat das Miliarknötchensyphilid bei einem tuberkulotischen Individuum auf. Nach einem heftigen Anfalle von Hämoptoë stellte sich das cachektische Fieber ein, während desselben entwickelte sich unter heftigen Kopfschmerzen das Miliarknötchen-Syphilid. In einem anderen Falle bestand noch eine hochgradige permyositische Contractur des Vorderarmes und trat Periostitis und Miliarknötchen-Syphilid auf; in zwei anderen Fällen fand sich das Miliarknötchen-Syphild mit Iritis combinirt. In einem anderen Falle gesellte sich dasselbe zu scrophulösen Lymphdrüsentumoren, endlich im letzten Falle zu einem Schuppensyphilide. Gefühl von Kälte mit darauf-

folgendem Hitzegefühl und profuser Schweisssecretion und einer Temperatur von 39·9 ° C. waren wohl zu beobachten, jedoch wegen der vorhandenen Complicationen nach den einzelnen concurrirenden Momenten schwer zu trennen.

Die Curve der Kr. G. 16. — Miliarknötchen-Syphilid mit hinzugetretener Iritis — macht ersichtlich, dass Fiebersymptome selbst während des Fortbestandes, respective der Involution des Exanthems vorhanden sein können, und zwar zeigen dieselben einen remittirenden Charakter. Aehnliches und von gleichem Grade, selbst nach dem Verschwinden des Exanthems hat sich bei den bisher genannten Syphilidformen nicht gezeigt.

D. Das pustulöse Syphilid (8 Fälle) pflegt, wie bekannt, durch Potenzirung eines schon bestehenden papulösen, wenn nicht vesiculösen Syphilids zu Stande zu kommen. Es kann daher weniger von einer genuinen Eruption, als vielmehr von einer Verwandlung der genannten Formen in ein pustulöses Syphilid die Rede sein. Ein Prodromalfieber kömmt, im Falle das zu Grunde liegende Knötchensyphilid fieberlos war, nicht vor, während häufiger die unmittelbar schon vor der Bildung der Pusteln bestehenden Fiebersymptome, was bei der vesiculo-pustulösen Form der Fall ist, zur Zeit der Eruption merklich gesteigert werden (F. 42, 67), so dass die Temperatur bis 38·7 betragen kann. Die Eruption des pustulösen Syphilids unterscheidet sich also entschieden von der Eruption ähnlicher nichtsyphilitischer Efflorescenzen, wie Varicella und Variola, schon in Bezug auf das Prodromalfieber, welches bei letzteren schon vor dem Erscheinen des Exanthems oder bis zum Erscheinen der ersten Spuren desselben einen hohen Grad, circa 40·6, oft genug erreicht. Ebenso gibt es einen Höhenunterschied zwischen beiden, in Bezug auf das Eruptionsfieber.

Jeder Nachschub oder jede Volumszunahme der schon bestehenden Pusteln oder der aus denselben hervorgegangenen Geschwüre wird durch die Temperaturssteigerung bis zu 39·2 getreu angezeigt (F. 35). Der Fortbestand des Exanthems ist in Bezug auf das Fieber ganz abweichend von den bisher erwähnten Formen, er wird nämlich sozusagen stets von continuirlichem Fieber begleitet, welches keine Remissionen zur Rückkehr ad normam darbietet, dafür aber Exacerbationen



zeigt, welche durch die vielfachen Combinationen, z. B. Verschwärung der Tonsillen (F. 42. 45), Lymphangoitides capillares, Furunkel und Adenitis, Bronchitis bis 40·5°, wie im Falle 35 am 19. März, erreichen kann. Mit dem Stillstande des Processes, besser Involution der Efflorescenzen kehrt die Temperatur wieder in die normalen Grenzen zurück, welche sie (im F. 35) trotz der im Gefolge etwa auftretenden osteocopischen Schmerzen nur wenig überschritt (37·2—37·8). Die unter dem Namen Impetig. syph. bekannte Form des pustulösen Syphilides (drei Fälle) hatte keine Temperatursteigerung zur Folge.

Das Verhalten der Körpertemperatur bei den beobachteten Complicationen der Hautsyphilide.

An die eben besprochene Frage über die Fiebersymptome bei syphilitischen Affectionen der allgemeinen Hautdecke knüpft sich die weitere Frage: wie verhält sich die Temperatur, wenn zu der syphilitischen Erkrankung der Hautdecke Affectionen der Schleimhäute und anderer Organe hinzutreten?

Vielfache Beobachtungen haben dargethan, dass Epithelauflagerungen an der Mundschleimhaut kaum jemals mit Fiebererscheinungen verbunden sind, wenn sie jedoch in Begleitung von Tonsillaraffectionen auftreten, ein hohes Fieber (40·1—40·6) zur Folge haben können (F. 19, 71, 81, 88, 99). Vereiterungen von Tonsillen, wie sie bei schweren Formen von pustulösem Syphilid (F. 35, 45) kaum je ausbleiben, ziehen eine Temperaturerhöhung auf 38·0 - 39·9 nach sich. Acute, schmerzhafte Lymphdrüsenschwellungen gehen jedesmal mit Fiebersymptomen, d. i. einer Temperaturerhöhung bis 39·9 einher.

Zeigt sich Iritis (3 F.) im Verlaufe von Syphiliden, so kann sie je nach Massgabe der subjectiven Symptome Ursache einer Fieberexacerbation bis 40·5° Grad sein.

Synovitis (F. 63) und Periostitis (F. 42) treten oft genug bei einer Temperatur von 37·7—38·5 auf, was jedenfalls überraschend erscheint, wenn man die eventuell hochgradigen Veränderungen sich vergegenwärtigt, welche dieselben erreichen.

Perimyositis (F. 36, 46) erscheint und persistirt oft genug bei einer Temperatur von 37·7—38·4.

Erkrankungen der Respirationsorgane, Laryngitis, Bronchitis (F. 33, 35, 50), werden von Temperaturen von 38—40·5° begleitet.



Bei Pneumonie kommen die Fiebersymptome jenen bei genuinen Pneumonien so ziemlich gleich. Der fieberlose und lange Fortbestand war im Falle 25 eine merkwürdige Erscheinung.

Bei allen diesen Complicationen der Hautsyphilide war ersichtlich, dass in Bezug auf Steigerung der Temperatur das schon früher vorhandene Fieber vom grössten Belange, ja massgebend ist. Bei pustulösem, also fieberhaftem Processe stieg die Temperatur in einem Falle 35 wo Bronchitis auftrat, auf 40·5, während sie bei einem maculösen Syphilid, welches früher fieberlos verlief (F. 33, 60), u. z. in Folge gleicher Complication nur auf 38·1 stieg.

Aus all dem folgt aber noch nicht, dass eine jede der Complicationen, möge sie subjectiver oder objectiver Natur sein, mit Fiebersymptomen verbunden sei.

Man hat bekanntermassen von Alters her die in Folge von Syphilis auftretenden pathologischen Processe auf der Haut als fieberlos hingestellt und die Sache hat sogar für gewisse Fälle (in 102 Fällen mindestens 16mal), wie aus Obigem hervorgeht, ihre Richtigkeit, aber durchaus nicht im Ganzen und Grossen, denn in den meisten hier erwähnten Fällen wurde ohne Rücksicht auf die Complicationen in 102 Fällen 86mal Temperaturerhöhung beobachtet. Das Fieber steht wohl in solchen Fällen gewöhnlich schon in Folge des Hautsyphilides so, dass es in Anbetracht dieser Fälle schwer zu ermitteln ist, wie viel von der Temperaturerhöhung auf Rechnung der obigen Symptome zu setzen ist.

Als Regel erschien jedoch das Fieber oder die Exacerbation des schon bestehenden Fiebers, so oft objective Veränderungen im Locomotionsapparate oder im Sehorgane in Gesellschaft intensiver subjectiver Erscheinungen auftraten.

Bezüglich des Verhaltens der Körpertemperatur bei Gummabildungen haben die hier mitgetheilten 8 Fälle ergeben, dass erstens ein hochgradiges Fieber im Gefolge derselben insbesondere dann auftritt, falls Zersetzung von Wundsecreten (F. 70), Aufnahme derselben in die Säftemasse (F. 95) stattfindet. Zweitens falls sich zu den Erkrankungen des Knochensystems, der Weichtheile, Schmerzen hinzugesellen (F. 55, 86), in Abwesenheit der letzteren ist die Temperaturerhöhung entweder gering oder aber gleich Null. (F. 54, 56, 94, 102).



Es erübrigt noch die Frage zu erörtern, ob ein Fieber ohne irgend welche nachweisbaren Symptome, also lediglich in Folge der syphilitischen Infection der Blutmasse vorkommen kann, ob also, um mit Fournier zu sprechen, ein essentielles syphilitisches Fieber existire, etwa so, wie bei der Malariakrankheit, abgerechnet die Lymphdrüsenschwellung und Milztumor.

In Bezug auf leichtere Formen der Syphilide, d. i. maculo-papulöses und lenticulär-papulöses Syphilid, respective auf die darauffolgende exanthemlose Zeitperiode kann man die Frage für die Mehrzahl der Fälle, selbst die vorschreitende Involution der genannten Exanthemata nicht ausgenommen, einfach mit Nein beantworten.

Dafür müsste man das Fieber bei syphilitischen Individuen in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle als an Localerkrankungen geknüpftes bezeichnen.

Die erwähnten Beobachtungen ergeben ferner:

Bezüglich der Intensität des syphilitischen Fiebers, dass das Fieber jedesmal im directen Verhältnisse zu der In- und Extensität der Symptome steht, welche in einer gewissen Zeit auftreten, und in umgekehrtem Verhältnisse zu der Zeit, in welcher gewisse Symptome erscheinen.

Bezüglich des Fiebertypus ist ein continuirlicher, remittirender, intermittirender Typus zu constatiren gewesen.

Die bekannte klinische, der Schwere der Form nach festgesetzte Eintheilung der Syphilide erscheint auch dem Fieber nach vollkommen gerechtfertigt.

Es sei mir noch erlaubt, endlich noch der auffallenden Thatsache Erwähnung zu thun, dass die Syphiliden bei nicht vaccinirten Individuen in allen Fällen ungünstiger verliefen. Die Exantheme zeigten 4—12 Nachschübe, eben so zahlreich waren die Fieberexacerbationen. Perimyositis (F. 36) und sonderbar verlaufende Lungenerkrankungen (F. 25) traten bei solchen Individuen auf.

Die dritte Frage lautet:

Welchen Einfluss hat die syphilitische Infection der Blutmasse auf den Stoffwechsel?

Um diese Frage zu lösen, habe ich den Urin zum Gegenstande der Untersuchung gewählt, das Verhalten des Körpergewichtes und der Nahrung zu Behelfen benützt.

Dass die syphilitische Infection der Blutmasse auf den Chemismus der Ernährung und dem entsprechend auf die Excretionen einen Einfluss ausüben müsse, war aus Gründen, die aus der klinischen Beobachtung hervorgingen, sehr wahrscheinlich.

Wir sehen während der secundären Periode die Haut und oft genug die ganze Decke erkranken, dann Erkrankungsheerde, pathologische Producte entstehen, wieder verschwinden, resorbirt werden. Es erscheint plausibel, dass diese Vorgänge auf die Quantität und Qualität der Excremente einen Einfluss ausüben müssten. In diesem Falle können nur chemische Analysen Aufschluss geben, und diese auch nur dann, falls sie die 24stündige Menge des Harnes betreffen und längere Zeit hindurch Tag für Tag ausgeführt werden.

Diese zwei Bedingungen erscheinen mir zur Beurtheilung des Stoffwechsels unerlässlich. Die Nothwendigkeit der ersteren wird wohl einem Jeden sogleich einleuchten; entfernt liegt die der zweiten, welche sich erst aus der Betrachtung gewisser Eventualitäten der Retention der Excrementstoffe, wie sie von Leyden (Deutsch. Arch. f. klin. Med. 1869, p. 371) beim hochgradigen Fieber, Unruhe (Virchow. Arch. B. 48, H. 2, p. 250) bei Pneumonie constatirt worden ist, ergibt.

Diesbezügliche quantitative Harnanalysen sind sämmtlich in dem hiesigen pathologisch-chemischen Laboratorium des Herrn Prof. Ludwig ausgeführt. Einer jeden der Analysen ging die Bestimmung des specifischen Gewichtes zumeist mittelst des Piknometers, seltener mittelst des Hellerischen Urometers voraus.

Das so ermittelte specifische Gewicht dient zugleich zur Berechnung des festen Rückstandes und zwar mit Zuhilfenahme des Häser'schen Coëficienten = 2·33.

Der Grad der saueren oder alkalischen Reaction des Urines ist für je 10 cm. desselben mittelst eines Zehntel Normal-Lauge beziehungsweise Säure bestimmt worden. Die in den Tabellen ersichtlichen Zahlen beziehen sich auf die ver-

brauchte Menge der Lauge, wenn der Urin sauer war oder auf die der Säure, wenn der Harn alkalisch reagirte.

Stickstoffausscheidung. Was nun die einzelnen Bestandtheile des Urins anbetrifft, so wurde der Harnstoff zumeist (293-mal) nach der Liebig'schen Methode nach dem Fällen der Schwefel- und Phosphorsäure durch salpetersaures Quecksilberoxyd bestimmt und die Resultate je nach dem Percentgehalte des Urins am Harnstoff corrigirt.

Bisweilen (16mal) wurde der Harnstoff nach der Methode von Hüfner (Journal für praktische Chemie, N. F. 3. B. p. 1) bestimmt, durch Einwirkung von unterbromigsaurem Natron auf den Harn und Messen des abgeschiedenen Stickstoffes unter Berücksichtigung von Temperatur- und Barometerstand.

Betrachtet man nun die so gewonnenen Resultate nach der absoluten Menge des ausgeschiedenen Harnstoffes, so findet man, dass die grösste Menge des Harnstoffes 42—49 grm. pro die, also bedeutend mehr als die Normalmenge beträgt, in solchen Fällen wie Nervo, Bauda zu beobachten ist, wo nebst einem bestehenden (Nervo) oder eben hervorbrechenden (Bauda) Hautexanthem, medicamentöse Einflüsse oder anderweitige Complicationen den Kranken heftige Schmerzen verursachten.

Im Falle Nervo, K.-G. 143 Pfd., hatte am 18. Februar die locale schmerzhafte Application der concentrirten Sublimatsolution beim bestehenden Hautleiden die Ausscheidung von 49 grm. Harnstoffe zur Folge.

Im Falle Bauda, K.-G. 102 Pfd., 14 II. wurden unter denselben Verhältnissen 42 grm. Harnstoff ausgeschieden, 10 Tage später traten bei demselben Patienten unter sehr heftigen Schmerzen ein Abscess in perineo und frische Maculae am Stamme auf, und die ausgeschiedene Harnstoffmenge betrug wieder 42 grm; 18 Tage später zeigte sich Stomatitis und der Harnstoff war am 2. März neuerdings vermehrt, nämlich 46 grm. p. d.

Dasselbe war der Fall bei Mataschitz, K.-G. 120 Pfd. 4. und 10. März, der zu dieser Zeit 45—43 grm. Harnstoff entleerte; ferner bei dem 108 Pfd. schweren Jakoby am 9. März, wo die Harnstoffmenge 41 grm. betrug.



Eine ähnliche Wirkung äusserten beim Patienten K. am 30. März die Zahnschmerzen, am 2. April die Kopfschmerzen, indem die ersteren bei gleichzeitigem Vorhandensein eines Exanthems die Ausscheidung von 40 grm. Harnstoff zur Folge hatten.

Vergleicht man nun die Quantitäten des Harnstoffes mit dem jeweiligen Körpergewichte der Patienten, was der einzig richtige Weg ist bei der Beurtheilung der Resultate, so ergibt sich, dass im Falle Bauda die grösste Harnstoffmenge = 0·7352 grm. per 1 Kilogramm des Körpergewichtes entleert worden ist, wogegen unter normalen Verhältnissen Körpergewicht und ausgeschiedener Harnstoff sich nach Scherer wie 1000 zu 0·42. nach Bischof (Arch. f. physiol. Heilkunde 1856 p. 441) wie 1000 zu 0·357 verhalten.

Eine vermehrte Harnstoffausscheidung war zweitens zur Zeit der Eruption von Exanthemen und unmittelbar darauf zu beobachten. Insbesondere war die Wirkung der Eruption dann eclatant, wenn gleichzeitig heftige Schmerzen vorhanden waren.

Die grösste Harnstoffmenge war hier in dem Falle Walter zu beobachten, wo das K.-G. 96 Pfd. und die Quantität des ausgeschiedenen Harnstoffes am 6. Mai 35·5 grm. pro die, 0·6603 grm. pro 1 Kilogramm Körpergewicht betrug, und zwar erfolgte diese Maximalausscheidung am 3. Tage nach einem Nachschub des papulösen Hautexanthems.

Im Falle Möstl war das Verhalten des Hautexanthems zu der Harnstoffausscheidung noch markirter; am 17. Juli erschienen zum ersten Male und auf einmal circa 5 syphilitische Flecken auf der Seitenfläche des Stammes, die ausgeschiedene Menge des Harnstoffes war bei 106 Pfd. K.-G. 30 grm.

Ohne merkliche Veränderungen im Stoffwechsel vermehrte sich die Anzahl der Flecken circa auf 15, am 27. Juli verdoppelte sich das Exanthem und die Menge des ausgeschiedenen Harnstoffes betrug am selben Tage 35 grm., hatte sich also gegen den vorhergehenden Tag um 11 grm. vermehrt.

Am 1. August erfolgte noch ein Nachschub der Hautefflorescenzen und die Ausscheidung des Harnstoffes hat bei dieser Gelegenheit ihren höchsten Grad, 40 grm. erreicht. Mittlerweile nahm das Körpergewicht um ein Pfund zu, somit



beträgt in diesem Falle die Maximalausscheidung des Harnstoffs 0·6825 grm. per 1 Kilogramm Körpergewicht.

Zu dieser Zeit war jedoch schon eine Spur von Gingivitis vorhanden, so dass der erstere Fall, nämlich Walter, als mehr massgebend angesehen werden darf.

Die Ausscheidung des Harnstoffes wird in dritter Reihe durch die pustulösen Syphilide befördert. Dieser untergeordnete Einfluss der klinisch bedeutungsvollsten Syphilide auf die Harnstoffausscheidung erscheint im ersten Augenblicke auf einem Irrthum der Untersuchung zu beruhen, dem ist jedoch nicht so.

Der scheinbare Widerspruch erweist sich bei einer genauen Betrachtung als die nothwendige Folge der synchronischen Mitleidenschaft der Vegetation. Das pustulöse Syphilid entwickelt sich in der Regel bei mehr weniger entwickelter Depravation des Organismus, wobei der Ernährungszustand gewöhnlich sehr mangelhaft ist. Welchen Einfluss nun letzterer auf die Ausscheidung ausübt, hat Voit (Wirkung des Quecksilbers J. Hermann 1873 p. 99) an Hunden experimentell bewiesen. Schlecht genährte Hunde entleeren am 4. bis 5. Tage des Fiebers bedeutend weniger Harnstoff als wohlgenährte. Ein aus Ileotyphus Reconvalescirender entleert bei einem nachfolgenden exanthematischen Typhus nach Unruhe (Virchow's Archiv B. 48, H. 2, p. 281) trotz 39·5° C. Temperatur nur 16 grm. Harnstoff pro die, so darf es also nicht Wunder nehmen, am allerwenigsten aber darf man es als Widerspruch mit dem klinischen Bilde ansehen, wenn bei dem schwer darniederliegenden Ernährungszustande der mit pustulösem Syphilide Behafteten bezüglich des Stoffwechsels nicht dieselben Erscheinungen sich darbieten, wie bei einem mit Fleckensyphilide behafteten, sonst gesunden Individuum.

Im Falle Czech war z. B. ein hochgradiges Lungen-Emphysem vorhanden, so dass der Patient selbst bei dem Ruhezustande des Körpers fortwährend an Athemnoth litt und mit Ausnahme von Getränken nichts zu sich nahm; am dritten Tage dieses Hungerzustandes betrug der Harnstoff 30·3 grm. pro die, bei 125 Pfd. K.-G. Drei Tage darauf, somit bei noch mehr erschöpftem Zustande, entleerte der Patient nur 17·2 grm. pro die, d. i. 0·2468 per Kilogramm Körpergewicht.



Im Falle Rector betrug die Harnstoffmenge bei der Entwickelung des pustulösen Syphilides 0·58 grm. per Kilogramm Körpergewicht. Selbst eine herannahende Iritis hatte auf die Ausscheidung des Harnstoffes keinen steigernden Einfluss. Das Körpergewicht betrug 75 Pfd. Patient war ausserdem hochgradig scrophulotisch.

Jakoby, ein 108 Pfd. schweres, wohlgenährtes Individuum entleerte am Tage, wo die Pusteln am Kopfe an Zahl plötzlich zunahmen, (26. Februar) 39 grm. Harnstoff pro die, 0·65 bis 0·5 grm. per 1 Kilogramm Körpergewicht; nach baldigen, fünf Tage darauf erfolgenden Vertrocknen der Impetigoartigen Pusteln betrug der Harnstoff nicht über 24 grm. pro die.

In diesem Falle war der Ernährungszustand des Kranken nicht wesentlich beeinträchtiget, wofür die Impetigoform des Syphilids und der rasche Verlauf spricht.

In vierter und letzter Reihe können Affectionen der Mundschleimhaut, des Knochensystems, der Nerven in Betracht kommen und zwar muss hier der momentane Ernährungszustand des Organismus besonders berücksichtiget werden.

Im Falle Casali hatte die zunehmende Gaumen- und Tonsillaraffection anfänglich eine abnorme Steigerung der Harnstoffausscheidung zur Folge gehabt; es wurden nämlich am 26. Februar auf 107 Pfd. K.-G. 32 grm. Harnstoff in einem Tage entleert, d. i. 0·5361 grm. auf 1 Kilogramm Körpergewicht.

Nach 12 Tagen, wo das Körpergewicht um 6 Pfd. abgenommen hatte, betrug die ausgeschiedene Harnstoffmenge zwischen 28 und 30 grm. Am 4. März trat Stomatitis merc. auf, welche die Ausscheidung des Harnstoffes am ersten Tage bis auf 36 grm., am dritten Tage ihres Bestandes bis auf 30 grm. steigerte; von da an erfolgte rapide Abnahme des Körpergewichtes bis zu 95½ Pfd. Am 25. März wurden trotz Plaques, Stomatitis, Kopfschmerzen, nicht über 20 grm. Harnstoff entleert.

Der Fortbestand einer syphilitischen Tonsillaraffection ist jedoch ebensowenig von einer vermehrten Harnstoffausscheidung begleitet, als z. B. ein länger bestehendes Hautsyphilid. Zum Beweise dessen dienen die Fälle Meydieu, Kratschmer, Jakoby.



Gummöse Osteomyelitis, wie sie z. B. in den Fällen Malik, Wendelberger zu beobachten war, äusserte auf die Ausscheidung des Harnstoffes einen sehr geringfügigen Einfluss. Wenn man jedoch den gewöhnlich sehr herabgekommenen Zustand solcher Kranken in Erwägung zieht, so müssen die Harnstoffmengen von 23—29 grm. am 10. April schon als beträchtlich bezeichnet werden. 0·5968 grm. pro 1 Kilogramm Körpergewicht ist die bei Knochenaffectionen beobachtete Maximalmenge des ausgeschiedenen Harnstoffes.

Bei hochgradiger Albuminurie, Amyloid-Degeneration der Nieren, welche eine hochgradige Erschöpfung herbeiführte, können selbst 16 grm. Harnstoff auf 70 Pfd. K.-G. als beträchtliche Mengen angesehen werden.

Bezüglich der Dauer der Wirkung hatte sich zwischen der Intensität obiger Symptome und Harnstoffausscheidung ein inniger Zusammenhang gezeigt, so z. B. hatte im Falle Mataschitz am 10. März eine Stomatitis bei bestehenden Exanthem die Ausscheidung von 43 grm. Harnstoffes zur Folge. Am 24. März war die Stomatitis (das Syphilid schon früher) vollkommen rückgängig und die Harnstoffausscheidung blieb von nun an zwischen den normalen Grenzen, 17·26 grm., d. i. 0·2659—0·4003 per 1 Kilogramm Körpergewicht.

Ebenso zeigte der Fall Kodelly zu einer Zeit, wo die Kopf- und Zahnschmerzen sehr heftig waren, (28. März) eine 40·1 grm. betragende Harnstoffausscheidung; mit der Abnahme dieser Symptome verringert sich auch die Menge des ausgeschiedenen Harnstoffes bis zu 22 grm., d. i. 0·3611 grm. per 1 Kilogramm Körpergewicht.

Bei dem Patienten Bauda ging die ausgeschiedene Harnstoffmenge dreimal in die Höhe, am dauerhaftesten und intensivsten in Folge der Abscessbildung und eines Exanthemes von 22. bis 27. Februar zwischen 30 und 40 grm. schwankend. Die in Folge der medicamentösen Einflüsse entstandenen Schmerzen haben hier, wie im Falle Nervo nur eine vorübergehende 24stündige Wirkung ausgeübt. Bei allen diesen Zufällen ist die Maximalmenge des ausgeschiedenen Harnstoffes synchronisch mit der Extensität der Krankheitszufälle selbst.



In dem Eruptionsstadium sind jedoch scheinbar Abweichungen von dieser Regel beobachtet worden.

In den Fällen Walter, Möstl war die Harnstoffausscheidung bis fünf Tage nach der Primär-Eruption des Hautsyphilides abnorm gesteigert bis auf 35 grm. pro die, so dass man an eine Retention hätte denken können. Die Zahl der Efflorescenzen hat aber während dieser Zeit zugenommen, und somit kann die obige Beobachtung zur Annahme einer Harnstoffretention nicht berechtigen.

Von diesem als Regel geltenden Proportionalismus der Symptome und Harnstoffausscheidung bilden scheinbar die Fälle Wanek und Wölfl Ausnahmen, in denen trotz bestehenden Exanthems und heftiger neuralgischer Schmerzen die Menge des ausgeschiedenen Harnstoffes bei dem 101 Pfd. schweren Wanek 25 grm. und bei dem 95 Pfd. schweren Wölfl 13—25 grm. pro die betrug, d. i. scheinbar normal blieb, so lange man nämlich den momentanen Ernährungszustand der Patienten ausser Acht lässt; in einem anderen Lichte erscheint jedoch die Sache, wenn man in Erwägung bringt, dass die oben verzeichneten Körpergewichte eine Stufe der vorschreitenden Abmagerung darstellen. Ich wiederhole also noch einmal, dass die absoluten Harnstoffquantitäten nur bei Berücksichtigung des Körpergewichtes und der momentanen Ernährungsverhältnisse verglichen und beurtheilt werden können, wie ich schon des Ausführlichen bei Besprechung des pustulösen Syphilids erwähnt habe.

Es sei noch ausserdem bemerkt, dass im Falle Kodelly die intercurrirenden Schweisse auf die Harnstoffausscheidung herabsetzend eingewirkt haben.

Betrachtungen über das Verhältniss der Temperaturerhöhung zu der Harnstoffausscheidung ergeben Folgendes:

Im Falle Nervo betrug die Harnstoffmenge am 18. Februar 49 grm. und die Temperatur Früh 36·6° C., Abends 37·0° C. Von Bauda wurden am 14. Februar, 24. Februar 42 grm., am 2. März 46 grm. Harnstoff entleert und die Temperatur betrug am 14. Februar Früh 37·1, Abends 36·9; 24. Februar Früh 37·1, Abends 37·4; 2. März Früh und Abends 37·3° C.

Bei Möstl betrug zur Zeit der Primär-Eruption am 17. Juli die Harnstoffmenge 30 grm., Temperatur Früh 37·4, Abends 37·7° C. Zur Zeit eines Nachschubes am 24. Juli: Harnstoffmenge pro die 35 grm. Temperatur Früh 37·6, Abends 37·7. Am Tage eines zweiten Nachschubes (1. August) Harnstoff 40 grm., Temperatur Früh 37·0, Abends 37·1; am darauffolgenden Tage war die Temperatur Abends bis auf 39·5° C. erhöht, die Harnstoffmenge betrug jedoch nur 27 grm.

Bei pustulösen Syphiliden in dem Falle Rector war am 8. Mai die Temperatur Früh 37·7, Abends 38·2, Harnstoff 18·9 grm.

Bei Czech, 23. März, Temperatur Früh 37·8, Abends 38·2. Harnstoff 17·2 grm.

Ich glaube diese Beispiele beweisen hinlänglich genug, dass eine Proportionalität zwischen den beobachteten Temperaturen und Harnstoffmengen nicht immer zu constatiren ist, dass also einer Temperaturerhöhung nicht immer eine Vermehrung der Harnstoffausscheidung und umgekehrt entspricht.

Wenn wir also an dem innigen Connexe der Oxydation der Albuminate und der Temperaturerhöhung festhalten wollen, müssen wir letztere ausserhalb des Bereiches der angegebenen Beobachtungszeit suchen; oder aber angenommen, dass die verschiedenen Temperaturen für den betreffenden Tag Durchschnitts-Temperaturen sind, so müssten wir die Oxydation der Albuminate ausserhalb des Körpers suchen; am natürlichsten erscheint jedoch die Annahme, dass der momentane Ernährungszustand für den jeweiligen Stoffwechsel massgebend ist.

Zur quantitativen Bestimmung der Harnsäure wurden je 200 CCm. Harn mit 5 CCm. Salzsäure versetzt; die nach 24—36 Stunden abgeschiedene Harnsäure auf einem Filter gesammelt, gewaschen, getrocknet und gewogen.

Bei Verwerthung der gewonnenen Resultate hatte ich vor Allem die Frage der sogenannten syphilitischen Leukämie vor Augen gehabt.

Die Syphilis ist jedesmal, wie bekannt, mit der Erkrankung des Lymphdrüsensystems verbunden, welche Erkrankungen dann zur syphilitischen Leukämie führen sollen.

Nach Fournier ist das syphilitische Fieber der Ausdruck einer solchen Leukämie.



Die Annahme, dass die Leukämie nicht ohne Rückwirkung auf den Stoffwechsel bleiben könne, haben Jakubasch (Prager Vierteljahresschrift, B. 108, p. 26, aus Virchow's Archiv B. 43), Ranke (Deutsch. Archiv f. Klin. Med. B. 1, p. 29). Bartels für die gewöhnliche Leukämie zur Thatsache erhoben. Nicht so bei Syphilis, bei welcher die Alteration des Stoffwechsels im Allgemeinen völlig unbekannt ist. Es darf uns daher nicht Wunder nehmen, dass das öfter erwähnte Verhalten der Harnsäure zu der conventionell angenommenen Leukämie gar nicht geprüft worden ist.

Jacubasch, Ranke und Bartels haben bei gewöhnlicher Leukämie eine übermässige Harnsäurebildung constatirt, welche zu Harnstoffbildung in einem abnormen Verhältnisse steht, sie erklären dies durch die Vermehrung der weissen Blutkörperchen und die dadurch bedingte mangelhafte Oxydation des Blutes.

Die absolut grösste Harnsäuremenge (1·3 grm.) war bei dem Patienten Bauda am 2. Februar zu beobachten, an einem Tage, wo Gingivitis auftrat; der Harnstoff betrug am selben Tage 46 grm., folglich war das Verhältniss zwischen Harnstoff und Harnsäure 1 : 35.

Die grösste Menge wurde in dem Falle Wanek, K.-G. 101 Pfd., am 15. April beobachtet, zu einer Zeit, wo Maculae, Infraorbital-Neuralgie und Appetitlosigkeit vorhanden waren; die Haut- wie Gesichtsfarbe war im Ganzen sehr blass, Milz mässig vergrössert. Verhältniss zwischen Harnsäure und Harnstoff. wie 1 : 25.

Nahezu so gross war dieses Verhältniss bei Möstl, (106 Pfd. K.-G.) am 20. Juli, während der Eruption eines spärlichen Fleckensyphilides; es betrug nämlich 1 : 28, bei einem Nachschube 1 : 40. Beständig vermehrt erschien die Harnsäure in dem Urin von Kodelly, (K.-G. 112 Pfd.), der nebst einem Fleckensyphilid an Schlaflosigkeit anhaltenden Kopfschmerzen litt und einen Milztumor besass, (welcher in der Axillarlinie vom oberen Rande der 8. bis zum oberen Rande der 11. Rippe und nach vorne bis zur Pectorallinie reichte.) In der Regel war die tägliche Harnsäuremenge nicht unter



0·7 grm., einmal (21. April) über 1 grm. Das Verhältniss zwischen Harnsäure und Harnstoff war wie 1 : 25 und 1 : 62.

Die Minimal-Harnsäureausscheidung zeigte für die Dauer der 117 Pfd. schwere Patient Mataschitz am 22. März. Zu einer Zeit, wo schon ein maculöses Syphilid und Stomatitis rückgängig wurde, entleerte derselbe 0·075 grm. Harnsäure und 24 grm. Harnstoff = 1 : 320, gewöhnlich aber 1 : 71.

Aehnlich verhielt sich der kräftig gebaute, 140 Pfd. schwere Patient Nervo beim regressiven Exanthem; am 12. März entleerte er 0·025 grm. Harnsäure, gewöhnlich jedoch 0·3 grm. auf 29 grm. Harnstoff, d. i. 1 : 80. Am 18. Februar hatte er ausnahmsweise bei heftigen Schmerzen 49 grm. Harnstoff und 1 grm. Harnsäure entleert, folglich ist das Verhältniss wie 1 : 49.

Daraus folgt nun, dass in gewissen Fällen zur Zeit der Eruption, ausserdem bei Knochenaffectionen, wie in den Fällen Malik, Wendelberger, Schlager die Harnsäure verhältnissmässig vermehrt ist, indem sich das Verhältniss zwischen Harnsäure und Harnstoff wie 1 : 25 bis 1 : 62 gestaltet. In der Mehrzahl der Fälle, besonders bei rüstig gebauten Individuen und zu einer Zeit, wo das Hautsyphilid schon rückgängig geworden, kann das Verhältniss zwischen beiden wie 1 : 320 werden, demnach von dem normalen Verhältnisse 1 : 50 bis 1 : 80 (nach Ranke) oder 1 : 28 (nach Lehmann) bedeutend abweichen.

Ebenso ist die absolute Menge (0·03—0·32 grm.) weit unter dem normalen Masse (0·3—0·8 grm.)

Wenn wir die Verhältnisszahl zwischen Harnstoff und Harnsäure im Auge behalten, so finden wir für die Mehrzahl der hier berücksichtigten Fälle die Lehmann-Ranke'schen physiologischen Grenzen 1 : 28, 1 : 50, 1 : 80 nicht überschritten. In der Regel bedient man sich nun der Verhältnisszahl als Masstab, somit ist der Schluss, dass eine sogenannte syphilitische Leukämie von diesem Standpunkte nicht befürwortet werden kann, gerechtfertigt.

Das Kreatinin wurde als Kreatinin-Chlorzink bestimmt; zu diesem Behufe wurde Harn mit Kalkmilch gefällt, das Filtrat eingedampft und mit Alkohol extrahirt. Das aus dem alkoholischen Extracte durch Zusatz von Chlorzink abgeschie-

dene Kreatinin-Chlorzink wurde auf einem Filter gesammelt, gewaschen, getrocknet und gewogen.

Die grösste Kreatininmenge wurde während der Eruption am 24. Juli bei dem 106 Pfd. schweren Möstl ausgeschieden. Diese war = 1·04 grm.

Beständig vermehrt erschien die Kreatininausscheidung während der ganzen Beobachtungszeit, welche vorzugsweise das Eruptionsstadium umfasste. Die Menge desselben hatte selten unter 0·8 grm. betragen.

Walter, 96 Pfd. schwer, hatte am 11. Mai, im Floritionsstadium des Hautexanthems und der Kranke Kodelly, der 112 Pfd. schwer war, und anhaltend an Kopfschmerzen, an einem maculösen Syphilid und mässigen Milztumor litt, gleichviel Kreatinin, nämlich zwischen 0·536—0·974 grm. entleert.

In Anbetracht des Körpergewichtes und Ernährungszustandes des 89 Pfd. schweren Kranken Meydieu ist die ausgeschiedene Kreatininmenge vermehrt zu nennen, sie betrug nämlich 0·4061 bis 0·6879 grm.

Abnorm vermindert ist dagegen die Kreatininausscheidung bei der Patientin Schlager mit Albuminurie und Gumma zwischen 0·119—0·2859 grm., ebenso bei der Gumma-Kranken Malik.

Die eben berührten stickstoffhältigen Excrementstoffe sind es, welche gewöhnlich auf die gesammte Ernährung und das Körpergewicht den grössten Einfluss haben, so dass es hier am Platze zu sein scheint, das Verhältniss des Stoffwechsels, oder besser, dessen eben abgehandelten Hauptrepräsentanten zum Körpergewichte und der Eigenwärme kurz zu berühren.

Die vermehrte Stickstoffausfuhr hatte jedesmal eine Abnahme des Körpergewichtes selbst dann zur Folge, wenn diese 1—7 grm. über die Norm erfolgte. 4—8 Tage reichen schon dazu hin, (bei Jakoby, Kratschmer) umsomehr eine längere Dauer, wie z. B. bei Mataschitz, Nervo, Bauda. Selbst eine die normalen Grenzen nicht überschreitende Ausscheidung von Stickstoff reicht schon hin, Gewichtsabnahme herbeizuführen, falls die Einfuhr in Folge von Appetitlosigkeit etc. mangelhaft stattfindet. (Casali.)

Es kann sogar die Stickstoffausscheidung abnorm klein sein und dennoch erfolgt eine Gewichtsabnahme in allen jenen



Fällen, wo Appetitmangel, Verdauungsbeschwerden (Wendelberger) oder Albuminurie vorhanden ist. (Schlager.)

Wie schon oben erwähnt, konnte eine entsprechende Temperaturerhöhung in der zur Beobachtung benützten Zeit weder bei absolut vermehrter Harn-, respective Stickstoffausscheidung, noch weniger konnte entsprechend der Verminderung derselben Sinken der Temperatur nachgewiesen werden.

Der Chlorgehalt des Urins wurde nach Fällung der Phosphorsäure mittelst der Liebig'schen Methode in dem sauer gemachten Urin, d. i. durch salpetersaures Quecksilberoxyd bestimmt und die so gewonnenen Werthe alle auf Chlornatrium berechnet.

Nach Noyes (Virchow. Hirsch. Jahresbericht 1867, B. I, p. 158) hängt der Chlorgehalt des Urins von der zur Bereitung der Speisen verwendeten Kochsalzmenge ab, und Huppert (Virchow's Archiv. B. 48, H. 2, p. 240, Archiv der Heilkunde 1866) hat die Aufnahme der Albuminate nach dem Chlornatriumgehalte des Harnes zu schätzen angerathen.

Wie mangelhaft auch ein solches Verfahren erscheinen mag, hat es in unserem Falle doch einige Berechtigung, weil die Zubereitung der Speisen, sowie diese selbst, sich für die Dauer gleich blieben, und eine durch Exsudationen bedingte, bedeutende Ausfuhr fand in unserem Falle nicht statt. Ein Vergleich zwischen der Ausscheidung des Stickstoffes und Chlornatriums zeigt nun, dass eine Zunahme des Körpergewichtes selbst dann erfolgte, wenn die Stickstoffausscheidung abnormal gross war, die Chlornatriumausscheidung aber für die Dauer mit vermehrt war, d. h. circa 19 grm. im Tage betrug. (V. Möstl.)

Eine rapide Gewichtsabnahme (in 3 Tagen 2 Pfd.) fand in einem solchen Falle statt (Wendelberg), wo bei normaler Stickstoffausscheidung die ClNa-Excretion anormal wenig, circa 10 grm., betrug.

Dasselbe gilt von den Fällen, wo nebst Verminderung oder Normalbleiben des ClNa-Gehaltes des Urins die Harnstoffexcretion anhaltend vermehrt war (Casali 1.—10. März, Jakoby von 10. bis 13. März). Die Gewichtsabnahme tritt unter den genannten Verhältnissen rapid ein, bei früher schon schlecht genährten

Individuen (Wendelberger, Casali); langsamer bei wohlgenährten (Mataschitz 2—18 Tagen). Die Aufzählungen der absoluten Mengen des ausgeschiedenen Chlornatriums haben für unseren Zweck keinen weiteren Werth.

Der Gesammt-Phosphorsäuregehalt des Harnes wurde mittelst der Neubauer'schen Methode durch Titriren mit essigsaurer Uranoxydlösung bestimmt.

Ebenso der Gehalt an Erdphosphaten; zu welchem Zwecke die Erdphosphate mittelst Ammoniak herausgefällt, gewaschen, in Essigsäure gelöst und nachher bestimmt worden sind. Die so gefundenen Werthe für die an Erdphosphate gebundene Phosphorsäure sind als dreibasisch phosphorsauerer Kalk berechnet. Durch Abzug der an alkalische Erden gebundenen Phosphorsäure von der Gesammt-Phosphorsäure ergibt sich natürlich die Menge der an Alkalien gebundenen Phosphorsäure, welche in die Tabellen als zweibasisch phosphorsaures Kali berechnet eingetragen ist.

Der Phosphorsäuregehalt des Harnes hängt in erster Reihe von der mit der Nahrung aufgenommenen Menge ab. Allzugrossen Schwankungen bei der Aufnahme wurde durch die Gleichmässigkeit der Nahrungsmittel möglichst gesteuert. Nach Bence Jones (Philosophical Transactions 1845, II.) und Vogel (Archiv f. wissenschaftl. Heilkunde I. Schmid's Jahresbericht B. 79, p. 273) bewirken sowohl Fleisch- wie Brodkost eine Vermehrung der Alkaliphosphate im Urin. Die an die alkalischen Erden gebundene Phosphorsäure ist nach denselben Autoren, sowie nach Parkes (Schmid's J. B. 85, p. 8) gewöhnlich von der Zufuhr unabhängig, d. i. inquilin. Eingeführte Alkalien sowie alkalische Erden vermehren die Phosphorsäureausfuhr nur so lange, so lange eben nur solche gebildet wird.

Ausserdem ist die Quelle der ausgeschiedenen Erdphosphate in dem Knochensystem zu suchen, wie es für die Osteomalacie schon lange bewiesen worden war. Eine besondere Aufmerksamkeit verdienten also in Anbetracht all dessen jene Fälle, wo Knochenaffectionen vorhanden waren. Als die normalen Grenzen der Gesammt-Phosphorsäureausscheidung werden 1·2—4·8 grm. angesehen. Zweckmässiger ist es mit Winter (Vogel und Neubauer, Harnanalysen 1867, p. 332), das Verhältniss zwischen

1 Kilogramm Körpergewicht und 0·0648 grm. reiner Phosphorsäure im Urin als Norm anzunehmen.

Die absolut grösste Menge von Phosphorsäure, repräsentirt durch 4·0089 grm. Alkaliphosphate, 5·157 grm. Erdphosphate, schied der mit Stomatitis merc. (101 Pfd. K.-G.) behaftete Casali am 13. März aus. Nach ihm folgt der Kranke Mataschitz am 14. März, ebenfalls mit Stomatitis und Exanthem, 4·2 Alkaliphosphate, 4·3 grm. Erdphosphate entleerend, dann der Patient Jakoby; bei 108 Pfd. K.-G. entleerte derselbe am 13. März 3·56 grm. Alkaliphosphate, 2·5 grm. Erdphosphate.

Alle diese Kranken hatten eine Stomatitis und nahmen an Gewicht während der Zeit ab. Beständig gross war die Phosphorsäureexcretion bei dem 106 Pfd. schweren Möstl während des Eruptionsstadiums, er schien nämlich täglich im Durchschnitt 3.5 grm. Alkaliphosphate, 2·5 grm. Erdphosphate, am 30. Juli bei beginnender Gingivitis 4·3 grm. Alkaliphosphate, 2·7 grm. Erdphosphate aus.

Reichlich zu nennen ist noch die Phosphorsäureausscheidung bei dem 123—117 Pfd. schweren Kranken Bauda, der wegen eines maculösen Syphilides in Behandlung stand. Ferner bei dem 96 Pfd. schweren Walter 9 -13 grm. betragend, bei reichlichem papulösem Syphilide.

Den geringsten Phosphorsäuregehalt bot die 69 Pfd. schwere Gumma-, respective Nierenkranke Schlager am 12. April dar. Es ist jedoch hier zu berücksichtigen, dass sie sich in einem Inanitionszustande befand. Durch längere Zeit phosphorsäurearm war der Harn der 101 Pfd. schweren, schwangeren Kratschmer; der Phosphorsäuregehalt vertheilt sich hier gewöhnlich circa auf 0·7 grm. Alkaliphosphate und 1·8 grm. Erdphosphate. Ferner der Urin des mit Kleinknötchen und Pustel-Syphilide behafteten decrepiden (75 Pfd. K.-G.) Kranken Rector, wo die Erdphosphate circa 0·9 grm. pro die betragen haben.

Von besonderem Interesse ist es, dass die drei mit schweren Knochenleiden behafteten Kranken (Wendelberger, Malik, Brandl) bezüglich der Phosphorsäureausfuhr keine die normalen Grenzen übersteigenden Mengen darboten. Wenn man ihren Ernährungszustand mit in Betracht zieht, so erscheint die an die alkalischen Erden gebundene Phosphorsäure vermehrt.



Die absolut grösste Menge (5·29 grm.) von Alkaliphosphaten entleerte am 26. Februar der Patient Jakoby, von 108 Pfd. K.-G., zu einer Zeit wo frische Pusteln am behaarten Theile des Kopfes aufgetreten sind. Dann der 106 Pfd. schwere Möstl, 1. August 4·5 grm. am Tage eines Nachschubes des Hautexanthems. Die vermehrte Ausscheidung von phosphorsaueren Alkalien dauerte während der ganzen Eruption fort. Arm an Alkaliphosphaten war der Urin der mit maculösem Syphilide behafteten 101 Pfd. schweren Schwangeren (Kratschmer) und zwar variirte der Gehalt derselben zwischen 0·2—1·0 grm., ferner der drei mit Caries necrotica Behafteten (Malik, Wendelberg, Brandl). Das Maximum pro die betrug 0·6 grm., Minimum (Brandl) 0·1 grm. In zwei mit Scrophulose (Meydieu, Rector) combinirten Fällen in maximo 1·3 grm., in minimo 0·2 grm.

Die Erdphosphate waren am reichlichsten vorhanden in dem Urin eines 106 Pfd. schweren Kranken (Möstl), in dem Eruptionsstadium = 5 grm.

Noch anhaltender war die Vermehrung der Erdphosphate in dem Urine eines 96 Pfd. schweren, mit reichlichem papulösem Syphilide behafteten Individuums (Walter) und betrug pro die circa 3 grm., also das dreifache der von Neubauer angenommenen Norm = 1 grm. pro die. Dauernd vermehrt erscheinen noch die Erdphosphate in dem Urine der mit Caries necrotica behafteten, 89 Pfd. schweren Patientin Malik, circa 3 grm. pro die betragend; was um so interessanter ist, weil sie jetzt nach zwei Jahren, wo sie nicht mehr knochenleidend ist, nur 0·3 grm. Erdphosphate in einem Tage ausscheidet.

Die Minimalmenge bei der Ausscheidung der Erdphosphate wurde beobachtet bei dem 112 Pfd. schweren Individuum Kodelly, und zwar am 19. März, zu einer Zeit, wo die Körpertemperatur 38·0° C. betrug und er über heftige Kopfschmerzen klagte und wegen eines maculösen Syphilides in Behandlung stand. Durch minimale Phosphorsäure speciell Erdphosphatausscheidung zeichnete sich der Fall Casali zu Ende der Beobachtungszeit aus, und zwar zu einer Zeit, wo eine Abmagerung eintrat.

Dasselbe war der Fall bei Jakoby, bei regressiver Stomatitis und Hautsyphilid.

Auf Grund dieser aufgezählten Daten lässt sich behaupten, dass die absolut grössten Phosphorsäure-Quantitäten bei jenen Hautsyphiliden zu constatiren waren, welche mit Stomatitis und Gingivitis combinirt erscheinen, die relativ grösste Phosphorsäureausscheidung wurde bei der Proruption und Florition von Hautsyphiliden gefunden.

Den absolut geringsten Phosphorsäuregehalt boten die Urine Knochenkranker dar.

Die relativ geringste Phosphorsäureausscheidung wurde bei einer mit einem Hautsyphilid behafteten Schwangeren beobachtet.

Die Erdphosphate sind am reichlichsten vorhanden gewesen in dem Urine derjenigen, welche an ausgebreiteten Knochenaffectionen gelitten. Auffällig verminderten sich diese, wo der Process schon beendet war, oder bei eintretender Abmagerung. Regression der Symptome bei Haut- wie Knochenkranken.

Berücksichtigt man das Verhältniss des Phosphorsäuregehaltes des Harnes zum Harnstoffgehalt, so sieht man, dass die Phosphorsäureausscheidung mit der Harnstoffexcretion in der Regel (Kodelly 2. April, 30. März, Jakoby 26. Februar, Möstl 1. August, Walter 6. Mai, Bauda 14. Februar, Casaly 4. März etc.) gleichen Schritt hält; manchmal geht jedoch (Möstl 30. Juli, Casali 13. März) der Maximalgehalt des Harnes an Phosphorsäure dem an Harnstoff 1—2 Tage voraus.

Im Ganzen und Grossen gilt also von dem Verhalten der Phosphorsäureausscheidung zum klinischen Bilde dasselbe, was wir vom Harnstoff gesagt haben, so dass wir die Wiederholung des dort Gesagten hier umgehen können.

Die Bestimmung des Schwefelsäuregehaltes geschah gewichtsanalytisch. Es wurde nämlich eine bestimmte Menge des angesäuerten Harnes bei der Siedhitze mit einem Ueberschuss von ClBa-Lösung versetzt, der Niederschlag sorgfältig ausgewaschen, geglüht, gewogen, das so ermittelte Gewicht des schwefelsauren Baryts in schwefelsaures Kali umgerechnet. Die physiologischen Grenzen der Schwefelsäureausscheidung schwanken nach Gruner (Vogel und Neubauer, Harnanalyse 1867, p. 327) zwischen 1·5—2·485 grm. pro die und für ein

Kilogramm Körpergewicht also 0·0204 0·0319 grm. Die genannten Werthe der Schwefelsäure entsprechen dann, was Grenzen pro die anbetrifft 3·2—5·2 grm. schwefelsaurem Kali, für je ein Kilogramm des Körpergewichtes berechnet, 0·06—0·067 grm. schwefelsauren Kali.

Die Ausscheidung von Schwefelsäure ist unter gewöhnlichen Verhältnissen von der Zufuhr von oxydirtem wie unoxydirtem Schwefel abhängig, nach Gruner (Schmidt's Jahrbuch, B. 82, p. 145 über die Ausscheidung von Schwefelsäure durch den Harn 1852) von der vermehrten Muskel- und Geistesthätigkeit und hängt hier mit der Oxydation der Proteinstoffe innig zusammen. Nach Parkes (British. Review. Jan. 1853, Schmid's Jahrbuch, B. 82, p. 149) nimmt die Ausscheidung von Schwefelsäure nach dem Gebrauche von Kali zu. Bei Typhus ist über dieselbe nach Rosenstein (Virchow. Archiv. B. 43, p. 377) nur so viel bekannt, dass die Ausscheidung in der ersten Woche die der zweiten Woche übertrifft. In der dritten Woche findet eine weitere Abnahme statt. Nach J. Vogl (Virchow. Archiv. B. 3, H. 3, 1851. Schmid's Jahrbuch B. 71, p. 48) ist die Menge derselben bei Leukämie unverändert. Bei fieberhaftem Zustande findet derselbe Autor die Menge der ausgeschiedenen Schwefelsäure vermindert.

12·37 grm. der Sulphate waren die absolut grössten Mengen, welche in einem Tage entleert worden, und zwar war das der Fall am 7. Mai bei dem 96 Pfd. schweren Patienten Walter, der mit einem reichlichen papulösen Hautsyphilide behaftet war und während der ganzen Beobachtungszeit blieb die Sulphatausscheidung, im Durchschnitte 7·7 grm. betragend, vermehrt. Die zweitgrösste Menge wurde während des Eruptionsstadiums eines maculösen Syphilides bei einem 106 Pfd. schweren Individuum am 20. Juli (Möstl) beobachtet, sie betrug pro die 11·8 grm. — Im Durchschnitte während der Eruption 10 grm. pro die.

Am 28. und 29. Juli ist eine Remission in der Proruption des Hautsyphilides eingetreten und die ausgeschiedene Sulphatmenge hat kaum die Hälfte der obigen Durchschnittszahl betragen. Am 1. August kamen frische Maculae zum Vorschein. Die Sulphatmenge hat denselben Tag 9·56 grm. pro



die betragen. Den zweiten Tag erscheinen die Sulphate ebenvermehrt.

Die drittgrösste Menge, und zwar mehrere Tage hindurch, war 15—18 grm. bei einem 101 Pfd. schweren mit Fleckensyphilid behafteten Kranken (Wanek) zu beobachten. Derselbe litt ausserdem an einer intensiven Neuralgie des Infraorbitalis. Einen eigenthümlichen höchst interessanten Gang zeigte die Sulphatausscheidung bei dem 112 Pfd. schweren Kranken Kodelly. Anfänglich, vom 18. bis 25. März hat die ausgeschiedene Sulphatmenge von 3—5 grm. betragen. Trotz dessen, dass der Kranke heftige Kopfschmerzen zu haben angab und mit einem Fleckensyphilide behaftet war, nahm die Menge derselben nicht zu. Am 25. März begann die allgemeine Behandlung mit Einreibungen von grauer Salbe. Von diesem Tage an hat die Ausscheidung von Sulphaten von Tag zu Tag mit mässigen Schwankungen zugenommen. Am 18. April erreichte die Sulphatausscheidung ihren höchsten Grad, pro die 11 grm. betragend; um von da an wieder abzunehmen bis zu 4 grm. pro die. Zu dieser Zeit waren schon 22 Einreibungen gemacht und die allgemeinen Symptome verschwunden.

Eine gleiche Beobachtung machte ich bei dem 96 Pfd. schweren und mit einem papulösen Siphilide behafteten Kranken (Walter). Auch hier nahm die Sulphatausscheidung währrend der Einreibungscur auffällig zu und zwar vom 3.—14. Mai. Aehnliches war zu constatiren bei dem syphilitischen Hautkranken Mataschitz am 13. März, trotz der Gewichtsabnahme; bei Jakoby, 9. März, nach 12 Einreibungen. Bei Casaly am 18. März nach 19 Einreibungen; obwohl das Körpergewicht hier zusehends abnahm, verminderten sich die Sulphate nicht. Durch beständig geringen Sulphatgehalt zeichnete sich — durch eine längere Beobachtungszeit — der Urin des Patienten Nervo aus, der mit schon rückgängigem papulösem Syphilide in Behandlung kam; hier war trotz der Abmagerung und eintretenden Schwankungen in der Harnstoffausscheidung keine Veränderung in der Sulphatausscheidung eingetreten; letztere betrug circa 4 grm. pro die. Durch absolut geringsten Sulphatgehalt war der Urin des 108 Pfd. schweren Jakoby ausgezeichnet, jedoch nur die ersten (24. Februar bis 2. März) sie-

ben Tage der Einreibungscur, von da an hatte die Menge der ausgeschiedenen Sulphate nahe um das Zweifache zugenommen. Sie verhielten sich wie 1·7 : 4·7 grm., trotz constatirter Gewichtsabnahme (um 1 Pfd.). Merkwürdig ist das Verhalten der Sulphate bei Erkrankungen des Knochensystems, Nieren etc., d. i. in der späteren Periode der syphilitischen Infection. Bei all diesen Erkrankungen nehmen die festen Bestandtheile des Urins im Ganzen ab, die Schwefelsäureausscheidung sinkt jedoch selten unter die Norm, 5 grm. z. B. betrug die ausgeschiedene Sulphatmenge bei Mataschitz und Wendelberger, im Durchschnitte 6 grm. pro die. Die Patientin Malik hat täglich durchschnittlich 50 grm. festen Rückstand und über 7 grm. Sulphate ausgeschieden; die Patientin Schlager hatte 37 grm. festen Rückstand auf 5 grm. Sulphate pro die bei 70 Pfd. K.-G. entleert.

Somit ist es also erlaubt, eine vermehrte Sulphatausscheidung für die Dauer reichlicher Hautsyphilide, besonders gleich nach der Eruption, ferner eine relative Vermehrung der Sulphate im Urin Knochenkranker anzunehmen. Ebenso kann man füglich die Vermehrung der Sulphate in gewissen Fällen der Medication, Einreibungscur zuschreiben; diese Wirkung der Medication hatte sich sogar in einzelnen Fällen selbst dann gezeigt, wenn der allgemeine Ernährungszustand des Patienten im Ganzen und grossen gelitten hat. Eine Verminderung der Sulphate war bei zunehmendem impetigoartigem Syphilide (Jakoby) in den ersten sieben Tagen der Einreibungscur zu beobachten.

Die Beobachtungen über die Einwirkungen der Medicamente auf den Stoffwechsel wollen wir noch kurz zusammenfassen, was umsomehr thunlich ist, weil die localen Heilmittel mit den am heftigsten wirkenden Repräsentanten, d. i. concentrirter Sublimatlösung schon abgethan worden sind. Im Allgemeinen sei bemerkt, dass, falls die Localmittel keine besondere Alteration des allgemeinen Wohlbefindens verursachen, ihr Einfluss auf den Stoffwechsel gleich Null ist. Nicht so der Einfluss der allgemeinen therapeutischen Eingriffe, an deren Spitze ich das Quecksilber mit seiner Extremwirkung der Stomatitis mercurialis setze; unbekümmert um das Exanthem hat die Stomatitis, respective ihre Initialform die Gingivitis, gewöhnlich eine fieberhaft vermehrte Harnstoff- weniger eine



Kreatininausscheidung zur Folge. Die geringeren Grade der Stomatitis verlaufen manchmal ohne merkliche Fiebererscheinungen.

Die unter dem Einflusse einer heftigen Stomatitis secernirte Harnstoffmenge beträgt dafür 36—45 grm., und die täglich ausgeschiedene Menge des Kreatinin von 0·6—0·9 grm. Die soeben genannte Steigerung des Stoffwechsels dauert aber nur eine gewisse Zeit lang. Nach 6 Tagen sind gewöhnlich diese Erscheinungen so ziemlich abgeschlossen, umsomehr, weil die genannte Zeit gewöhnlich hinreicht, bei gehöriger Mundpflege die Stomatitis zu beseitigen. Nun geschieht dies aber nicht jedesmal; dauert nämlich der Process fort, so tritt eine Abmagerung des Kranken ein, welche binnen 20 Tagen 10 Pfd. betragen kann.

Der Harnstoffausscheidung wird mit dem eintretenden decrepiden Zustande des Kranken eine Grenze gesetzt, es sinkt nämlich die tägliche Harnstoffmenge bis zu 19 grm. herab. Merkwürdig blieb es in diesen Fällen, dass die Ausscheidung der Chloride während dieser Zeit sich so ziemlich gleich, d. i. 14—19 grm. erhielt, obwohl während der Dauer der Stomatitis eine Abneigung gegen die Speisen sich zeigte, welche einen Verlust des Körpergewichtes zur Folge hatte.

Der gewöhnliche medicamentöse heilsame Einfluss der Einreibungscur auf den Stoffwechsel fällt nur in solchen Fällen auf, wo die vorausgegangene Periode durch hervorragende Alterationen des Stoffwechsels sich ausgezeichnet hatte. Die Wirkung ist selbst in diesen Fällen keine rapide, es vergehen mindestens 6 Tage, eben so viele Einreibungen, bis eine deutliche Veränderung durch Abnahme vorzugsweise der stickstoffhältigen Ausscheidungsproducte sich bemerkbar macht. In solchen Fällen sinkt zuerst die ausgeschiedene Harnstoffmenge. Die Abnahme anderer Excrementstoffe in Folge einer Quecksilbereinwirkung ist weniger deutlich. Bezüglich der Sulphate ist eine Vermehrung der Excretion beobachtet worden. Die soeben genannten Wirkungen des Hauptrepräsentanten der Quecksilbertherapie, d. i. der Einreibungscur, treten manchmal später ein. In einem Falle vergingen unter andern 15 Tage, bis die heftigen Kopfschmerzen wichen, und die vermehrte Ausscheidung des Harnstoffes von circa 36 grm. pro die beständig auf



26—22 grm. heruntergesetzt worden war. Es zeigt sich gewöhnlich um diese Zeit eben eine merkliche Auflockerung des Zahnfleisches; ich will damit nicht gesagt haben, dass diese Schwellung des Zahnfleisches Ausdruck der heilsamen Wirkung des Quecksilbers sei, denn es ist diese häufig vorkommende Erscheinung lediglich zur Kenntniss zu nehmen; ich will ausserdem betonen, dass, so oft auf eine einfache Auflockerung des Zahnfleisches eine hochgradige entzündliche Schwellung des Zahnfleisches bei der Einreibungscur folgte — was besonders bei unzureichender Mundpflege, Verweilen und Zersetzung der Speisenreste in der Mundhöhle der Fall ist — jedesmal damit eine vermehrte Harnstoffausscheidung verbunden war; was dann bei dem erschwerten Genusse der Speisen in einer das Gewicht der dreifachen Eiweissmenge überschreitenden Progression zu bedeutendem Gewichtsverluste des Körpers führte. Selten ist es, dass die Beobachtung dieser Erscheinungen für die Dauer rein bleibt; die intercurrirenden Complicationen mit der Infection innigst zusammenhängender Symptome z. B. Nachschübe an der Haut, Neuralgien etc., oder denselben entfernt stehender Processe, Krankheiten der Respirationsorgane etc. verhindern in der grossen Mehrzahl der Fälle den klaren Einblick in die Sache.

Von den Jodmitteln beschränke ich mich einzig und allein auf das Jodkalium. Es hätte viel Interesse gehabt, dasselbe auch in seiner Extremwirkung, d. i. in der des Jodismus vorzuführen, es bot sich aber während der ganzen Beobachtung kein solcher Fall dar. Es sei also nur erwähnt, dass derselbe in einem Falle binnen zwei Tagen eine Verminderung des Harnstoffes von circa 6—7 grm. bewirkt habe. Bäumler hat jedesmal auf den Gebrauch von Jodkalium bei sog. tertiären Formen eine rapide Abnahme des Fiebers beobachtet. (Archiv f. Klin. Med. B. 9. p. 401.) Diesen eminenten Einfluss des Jodkaliums konnte ich in Bezug auf den Stoffwechsel während der secundären Periode nicht beobachten, ja sogar ging einmal die Menge des ausgeschiedenen Harnstoffes gerade während des Gebrauches von Jodkalium bis zu 41 grm. pro die in die Höhe.

Kurz zusammengefasst sind die Resultate all' dieser Beobachtungen folgende:



Die Existenz eines syphilitischen Fiebers ist unzweifelhaft. Das syphilitische Fieber ist jedoch keine constante Folge der syphilitischen Infection; ohne Rücksicht auf die Zeit und die Symptome kam dasselbe in 102 Fällen 86mal (d. s. 85%) vor; in der Regel ist dasselbe an das Auftreten von Localerkrankungen gebunden.

Dieses Fieber steht im directen Verhältnisse zu der In- und Extensität der Symptome, welche in einer gewissen Zeit auftreten und im umgekehrten Verhältnisse zu der Zeit, in welcher gewisse Symptome hervorbrechen. Bei Flecken- und Knötchen-Syphiliden gibt es in der Regel nur ein Eruptionsfieber, ausgezeichnet durch rasches (1—2 Tage andauerndes) Steigen und durch minder rasches (1—5) Sinken der Temperatur. Das Sinken sowie das Steigen sind gewissermassen von der Höhe der Temperatursteigerung abhängig. Die Defervescenz selbst des hochgradigsten Fiebers (40·1—40·5°) ist dennoch rapider als die bei Ileo-Typhus 2 B., weniger jedoch als die beim Resorptionsfieber. Beim pustulösen und Geschwürs-Syphilide, Augen-, Muskel-, Knochenerkrankungen ist das Steigen und Sinken der Temperatur mehr anhaltend; beim pustulösen Syphilide speciell ist das Fieber nahezu continuirlich.

Gleich den meisten Symptomen der allgemeinen syphilitischen Infection kann sich das Fieber wiederholen, d. i. intermittirend sein, oder aber Remissionen zeigen.

Was den Stoffwechsel anbetrifft, so war ein directes Verhältniss zwischen den Ausscheidungsproducten im Harne und der Körpertemperatur nur selten zu constatiren; noch seltener waren die zwischen den einzelnen Excrementstoffen als Norm festgesetzten Verhältnisse aufzufinden. Die Einzelnbetrachtung der Excrementstoffe ist also nöthig.

Eine vermehrte Harnstoffausscheidung war bei hervorbrechenden oder bestehenden Hautsyphiliden; bei Combination derselben mit Stomatitis merc. zu beobachten; p. 1 Kilogrm. Körper-Gew. betrug sie 0·73 grm. Selbst die Quantitäten 0·5, 0·6 grm. p. 1 Kilogr. K.-G. erscheinen als eine abnorm grosse



Ausscheidung, wenn die Zufuhr der diversen Nahrungsmittel aus welchem Grunde immer gehindert ist, der allgemeine Ernährungszustand des Körpers hat auch mit einen grossen Einfluss auf die Harnstoffausscheidung. Die Harnsäureausscheidung ist im Ganzen und Grossen bei Syphilis nicht vermehrt, ebenso wenig findet man die normale Verhältnisszahl zwischen Harnsäure und Harnstoff vergrössert.

Die Kreatininausscheidung verhält sich zu der Ausscheidung von Harnstoff analog.

Das Verhältniss zwischen Ein- und Ausfuhr der stickstoffhältigen Excrementstoffe ist für das Körpergewicht auch hier massgebend.

Bei normal gebliebener Chlornatriumausscheidung zeigt sich gewöhnlich kein Gewichtsverlust des Körpers.

Die Gesammt-Phosphorsäureausscheidung war vermehrt bei floriden Hautexanthemen, bei Stomat. merc., weniger bei eben hervorbrechenden Hautsyphiliden.

Die Phosphorsäureausscheidung erschien vermindert bei Albuminurie und Schwangerschaft. Vermehrt waren die Alkaliphosphate bei Hautsyphiliden, vermindert bei Knochensyphilis. Bei Eruption von Hautsyphiliden nach Ablauf von Knochensyphilis nahm die Ausscheidung von Erdphosphaten zu; vermindert war sie bei regressiven Hautsyphiliden, Caries der Knochen und bei Schwangerschaft.

Zwischen der Ausscheidung von Harnstoff und der von Phosphorsäure ist häufig ein directes Verhältniss zu constatiren.

Die Schwefelsäureausscheidung war besonders bei einem papulösen Hautsyphilide vermehrt und zwar proportionell der Eruption; in zweiter Reihe bei Knochenkranken; unter der Einreibungscur nimmt die Ausscheidung derselben zu, dann ab.

Stomatitis merc. hat immer eine vermehrte Stickstoffausscheidung, Abmagerung zur Folge; letztere beschränkt gewöhnlich die erstere.

Die Einreibungscur setzt die vermehrte Stickstoffausscheidung herunter, vermehrt jedoch die letztere, falls die Einreibungscur Gingivitis oder Stomatitis zur Folge hat.

Das Jodkalium, innerlich gebraucht, bewirkt wohl eine Verminderung der Harnstoffausscheidung, seine Wirkung ist jedoch nicht constant.

Ich lasse nun die einschlägigen Harnanalysen, tabellarisch geordnet, folgen:



		Spec. Gewicht	Gesammt-Menge	Reaction	Harnstoff	Harnsäure	Alkaliphosphate	Erdphosphate	Chlor	Schwefelsaures Kali	Chlorzink-Kreatinin	Anmerkung
					Gesammt-Menge							
Casali	20. Febr.	1·030	600	2·3 sauer	18·960	0·303	1·501	0·905	8·040	3·136	—	Skleros. cicatr. Pap. scrot. Kopfschmerzen. Mac. Pap. am Stamme Pust. cap. Heiser.
	21. „	1·027	900	1·2 „	27·630	0·351	1·634	0·936	12·410	4·032	—	
	22. „	1.030	900	0·9 „	30·510	0·710	2·008	1·662	12·780	7·391	—	Heftige Kopfschmerzen.
	23. „	1·026	1050	1·2 „	30·765	0·535	1·543	1·834	14·280	3·567	—	K.-G. 110 Pfd.
	24. „	1·030	1050	1·2 „	33·180	0·578	3·267	1·378	14·385	3·645	—	1. Einreibung.
	25. „	1·029	900	1·2 „	28·440	0·504	2·733	1·410	12·240	4·737	—	Schlingbeschwerden. F. 37·4 A. 37·2° C.
	26. „	1·028	900	0·7 „	32·130	0·675	2·130	1·464	12·960	4·333	—	K.-G. 107 Pfd. F. 37·5 A. 38·4° C.
	27. „	1·017	1425	0·5 „	31·208	0·649	2·722	1·754	19·380	4·627	—	Zahnfl. schwillt. Pharyngo-Tonsillitis.
	28. „	1·019	1450	0·9 „	32·625	0·297	2·475	1·699	19·720	4·926	—	F. 37·9 A. 38·7° C.
	1. März	1·023	1235	1·7 „	30·875	0·661	1·939	1·079	15·932	4·010	—	K.-G. 107 Pfd. F. 38·4 A. 37·4° C.
	2. „	1·017	1400	schwach sauer	22·820	0·392	1·112	1·196	16·940	3·501	—	F. 37·9 A. 37·5° C.
	3. „	1·023	1350	0·6 sauer	32·840	0 675	2·556	1·422	18·765	3·979	—	F. 37·5 A. 37·4° C.
	4. „	1·018	1500	1·5 „	36·750	0·818	3·271	1·995	21·450	4·926	—	Plic. dental. bucc. exulc. Stomatitis.
	5. „	1·018	1400	1·4 „	34·020	0·532	2·887	1·834	18·060	5·330	—	
	6. „	1·016	1320	schwach sauer	24·024	0·528	1·383	1·104	17·952	4·681	—	F. 37.1 A. 37.3° C.
	7. „	1·021	1000	2·3 sauer	30·300	0·390	2·282	1·607	15·700	4·814	—	

		Spec. Gewicht	Gesammt-Menge	Reaction	Harnstoff	Harnsäure	Alkaliphosphate	Erdphosphate	Chlor	Schwefelsaures Kali	Chlorzink-Kreatinin	Anmerkung
					Gesammt-Menge							
Casali	8. März	1·023	1000	0·6 sauer	30·200	0·305	2·332	1·488	16·100	4·031	—	Dolor. capit.
	9. „	1·015	1560	0·5 „	28·548	0·125	1·714	1·331	16·536	4·134	—	
	10. „	1·011	1525	0·5 „	23·332	0·153	1·300	0·978	12·658	2·617	—	K.-G. 101 Pfd.
	11. „	1·008	1375	0·3 „	15·400	0·041	2·312	0·873	11·413	1·745	—	
	12. „	1·013	1655	0·3 „	28·301	0·132	1·763	1·182	15·723	3·149	—	
	13. „	1·017	1300	schwach sauer	23·010	0·162	2·263	4·128	11·700	1·570	—	
	14. „	1·018	1240	sauer	24·752	0·118	4·008	5·157	12·648	2·406	—	Stomatitis zugenommen.
	15. „	1·016	1525	0·3 sauer	27·908	0·625	2·733	2·573	16·165	4·139	—	
	16. „	1·017	1630	0·2 „	32·763	0·575	3·225	2·135	20·049	4·015	—	
	17. „	1·016	900	0·2 „	16·470	0·068	1·521	1·787	10·620	2·354	—	
	18. „	1·017	1000	1·0 „	22·900	0·245	1·606	2·085	11·900	6·644	—	Scleraden multpl. regr. Skler. regr. Pap, dto.
	19. „	1·016	1175	1·0 „	18·448	0·253	1·168	1·423	14·100	4·745	—	Exanthem verschwunden. Stomat. regr.
	20. „	1·013	1325	1·0 „	16·828	0·133	0·684	1·181	12·190	4·400	—	
	21. „	1·016	1250	1·0 „	19·926	0·181	1·228	1·366	13·125	4·236	—	
	22. „	1·015	625	0·3 „	10·500	0·094	0·518	0·733	6·875	2·309	—	
	24. „	1·016	900	0·3 „	15·775	0·284	0·723	0·984	12·240	3·661	—	

		Spec. Gewicht	Gesammt-Menge	Reaction	Harnstoff	Harnsäure	Alkaliphosphate	Erdphosphate	Chlor	Schwefelsaures Kali	Chlorzink-Kreatinin	Anmerkung
					Gesammt-Menge							
Casali	25. März	1·020	600	0·6 sauer	13·740	0·432	0·984	0·845	9·300	3·091	—	Cachekt. Ausseh. K.-G. 95½ Pfd.
	26. „	1·016	1075	0·2 „	17·522	0·596	1·345	1·089	14·845	3·812	—	
	27. „	1·020	1000	sauer	20·800	0·730	0·811	1·053	15·600	4·255	—	
	28. „	1·018	1000	schwach sauer	17·500	0·640	0·794	0·874	15·000	3·360	—	
Bauda	13. Febr.	1·023	1275	0·3 sauer	36·210	0·631	2·113	1·694	17·310	5·087	—	Pap. ad anum. Mac. maj. Blenorr. ur. Coron. vener.
	14. „	1·023	1325	0·5 „	42·135	0,371	3·258	1·867	19·478	8·210	—	Sol. sublim. ad anum.
	15. „	1·029	1050	0·9 „	30·660	0·334	1·775	1·043	18·165	6·545	—	
	16. „	1·029	1100	0·9 „	30·470	0·424	2·399	1·267	17·490	6·569	—	K.-G. 104 Pfd.
	19. „	1·030	1100	1·9 „	36·850	0·352	2·176	1·746	18·700	5·379	—	F. 36·9 A. 37·3° C.
	20. „	1·017	1550	1·5 „	27·745	0·450	2·934	1·508	17·825	4·686	—	
	21. „	1·024	750	0·6 „	20·475	0·131	1·534	1·250	12·150	3·515	—	
	22. „	1·030	1000	0·9 „	36·300	0·540	3·163	1·727	16·600	7·838	—	1. Einreibung.
	23. „	1·024	1220	0·5 „	30·062	0·537	2·434	2·374	15·738	2·773	—	Sol. subl. Hautsyphilid nur nach erhöhter Temperatur sichtbar.
	24. „	1·025	1350	0·9 „	42·175	0·628	1·784	1·229	25·650	2·418	—	In perin. Abscessbildung. F. 37·1 A. 37·4° C.
	25. „	1·023	1450	neutral	42·775	0·558	1·682	1·340	23·925	3·680	—	F. 37·9 A. 37·9° C.

		Spec. Gewicht	Gesammt-Menge	Reaction	Harnstoff	Harnsäure	Alkaliphosphate	Erdphosphate	Chlor	Schwefelsaures Kali	Chlorzink-Kreatinin	Anmerkung
					Gesammt-Menge							
Banda	26. Febr.	1.024	1400	0·3 sauer	32·060	0·651	2·106	1·274	23·240	4·964	—	F. 37·7 A. 38·5° C.
	27. „	1·024	1000	neutral	21·800	0·285	1·302	1·053	15·900	3·621	—	
	28. „	1·029	825	0·9 sauer	21·533	0·827	1·283	1·032	12·870	3·449	—	
	1. März	1·027	900	0·6 „	27·360	0·536	2·008	1·179	11·610	3·795	—	
	2. „	1·027	1425	0·5 „	46·598	1·325	3·179	1·810	19·380	5·851	—	Gingivit. dent. ant. F. 37·3 A. 37·3° C.
	4. „	1·023	1000	neutral	26·500	0·525	2·012	1·310	12·900	6·383	—	
	5. „	1·023	1275	„	33·150	0·667	2·651	4·178	16·575	7·614	—	Kopfschmerzen.
	6. „	1·021	1400	1·2 sauer	36·260	0·518	2·509	1·669	18·620	7·630	—	
	7. „	1·021	1100	0·9 „	30·030	0·380	2·677	1·311	16·500	6·406	—	Pap. lb. or. Gingivit.
	8. „	1·022	1400	0·5 „	36·820	0·462	2·911	1·446	17·640	5·278	—	
	9. „	1·024	1350	1·3 „	41·815	0·566	2·853	2·169	20·655	5·643	—	Furunkl. regr. Stomatit. ulc. Haut nur pigm. Pap. ani. regr.
	10. „	1·022	1000	0·4 „	24·500	0·275	2·332	1·607	13·200	4·367	—	
	11. „	1·022	1200	1·0 „	36·240	0·372	2·819	1·810	16·920	5·016	—	
	12. „	1·027	1070	sauer	28·462	0·455	1·231	5·099	15·515	3·635	—	
	13. „	1·024	1070	„	30·067	0·380	2·948	3·189	13·375	4·433	—	K.-G. 99 Pfd.
	15. „	1·016	1110	0·9 sauer	23·643	0·450	2·289	1·784	15·651	3·356	—	

		Spec. Gewicht	Gesammt-Menge	Reaction	Harnstoff	Harnsäure	Alkaliphosphate	Erdphosphate	Chlor	Schwefelsaures Kali	Chlorzink-Kreatinin	Anmerkung
					Gesammt-Menge							
Bauda	16. März	1·020	1125	neutral	26·438	0·378	2·206	2·023	16·325	4·031	—	
	17. „	1·023	1175	0·3 sauer	34·193	0·464	3·059	2·310	19·143	5·264	—	Entspr. dem tub. oss. isch. ein Furunkl.
	18. „	1·025	725	0·9 „	23·215	0·286	1·572	1·439	9·715	4·546	—	
	19. „	1·023	1200	0·5 „	26·640	0·414	2·110	2·287	18·960	5·732	—	F. 37·3 A. 37·3° C. Furunkl. ad. nat. sin. Tons. disciss. Exanth. regr.
	20. „	1·023	875	0·5 „	17·063	0·184	1·257	1·727	13·738	4·246	—	
	21. „	1·023	1000	0·8 „	21·200	0·185	1·555	1·985	16·000	4·554	—	
	22. „	1·023	1000	0·9 „	22·500	0·140	1·572	1·787	16·500	4·814	—	
	24. „	1·025	975	0·6 „	31·785	0·530	1·895	2·090	16·075	5·279	—	
Wanek	14. April	1·022	1360	neutral	22·168	0·458	0·461	2·024	18·532	6·547	0·564	Skleros. Macul. am Stamme. Dolor. cap. Neuralg. infraorb. trochlear. sin.
	15. „	1·024	1000	„	25·500	0·075	1·690	1·985	10·400	9·557	0·4775	Appetitlosigkeit.
	16. „	1·023	1275	0·9 sauer	23·360	0·402	2·479	1·256	16·065	9·375	0·695	
	17. „	1·024	1275	0·9 „	24·353	0·472	2·048	2·023	18·998	9·805	—	
	18. „	1·027	1125	0·9 „	25·885	0·338	1·901	2·682	16·763	9·239	0·946	F. 36·9, A. 37° C. Abends Frösteln. Exanth. perst. Milz vergröss.
Kratschmer	29. April	1·025	1200	0·9 sauer	26·400	0·384	0·913	2·382	10·440	10·752	0·832	Macul. am Stamme. Psor. plant. Pap. genit. überhäutet, rothglänzend.

		Spec. Gewicht	Gesammt-Menge	Reaction	Harnstoff	Harnsäure	Alkaliphosphate	Erdphosphate	Chlor	Schwefelsaures Kali	Chlorzink-Kreatinin	Anmerkung
					Gesammt-Menge							
Kratschmer	30. April	1·026	850	0·3 sauer	19·850	0·574	0·647	1·857	7·395	4·633	0·524	K.-G. 101 Pfd.
	1. Mai	1·025	1020	neutral	23·358	0·439	0·776	1·721	9·690	4·570	0·339	1. Einreibung.
	2. „	1·029	850	0·9 sauer	20·485	0·655	0·862	1·519	11·305	5·396	0·421	
	3. „	1·025	1110	0·5 „	24·420	0·495	0·218	1·984	11·322	7·458	0·4925	
	4. „	1·021	1325	0·5 „	25·838	0·212	0·784	1·711	11·362	7·507	0·439	Tonsill. zerklüftet. Psor. persist.
	5. „	1·021	1275	0·7 „	26·138	0·293	1·186	1·500	12·240	6·384	0·510	
	6. „	1·021	1310	0·6 „	25·807	0·445	0·555	2·600	14·379	5·917	1·074	K.-G. 100 Pfd.
Meydieu	24. April	1·023	925	0·5 sauer	18·408	0·559	1·642	1·836	11·933	4·730	0·6505	Mac. papul. Syphilid am Stamme. 1. Einreibung. Skleros. numer.
	25. „	1·025	775	0·7 „	16·663	0·432	0·655	1·761	10·463	4·455	0·922	Pap. ptc. Schupp. Tons. pap.
	26. „	1·025	1000	0·5 „	20·800	0·400	1·099	1·192	12·700	6·308	1·1045	K.-G. 89 Pfd.
	27. „	1·025	810	0·5 „	17·415	0·373	1·095	1·366	10·530	5·010	0·8135	F. 36·9, A. 37·3° C.
Mataschitz	21. Febr.	1·030	500	1·1 sauer	18·800	0·283	1·547	1·053	4·950	2·520	—	Maculöses Syphilid. K.-G. 123 Pfd.
	22. „	1·024	875	0·5 „	23·013	0·324	1·937	1·355	8·775	3·854	—	
	23. „	1·024	1000	1·3 „	25·600	0·445	2·349	1·310	10·600	3·434	—	Brustbeschwerden, Kopfschmerz. F. 37·3, A. 38·2° C.

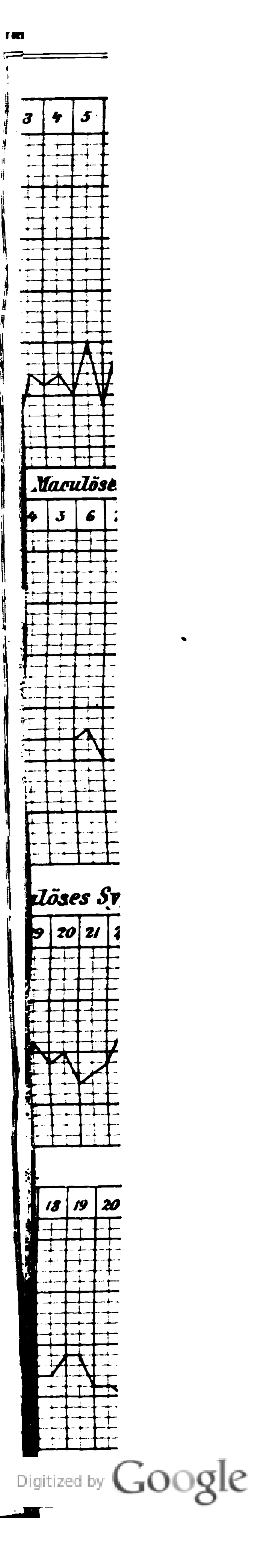
		Spec. Gewicht	Gesammt-Menge	Reaction	Harnstoff	Harnsäure	Alkaliphosphate	Erdphosphate	Chlor	Schwefelsaures Kali	Chlorzink-Kreatinin	Anmerkung
					Gesammt-Menge							
Mataschitz	24. Febr.	1·027	1250	0·7 sauer	33·750	0·281	2·599	2·059	15·750	4·059	—	1. Einreibung. Bronchit. in pulm. emphysemat.
	25. „	1·026	600	1·3 „	16·440	0·402	1·207	0·952	7·440	2·486	—	Mac. post. sudor. flor. Zahnfleisch lockert sich.
	26. „	1·027	1250	0·5 „	39·375	0·746	2·388	2·159	17·000	4·606	—	F. 37·5, A. 37·6° C.
	27. „	1·025	1125	0·3 „	36·000	0·681	1·997	1·988	15·188	4·031	—	
	28. „	1·024	1120	0·8 „	35·388	0·655	2·367	1·644	16·352	3·553	—	Pharyngitis.
	1. März	1·025	1125	0·5 „	36·675	0·540	2·245	1·473	17·662	7·900	—	
	2. „	1·027	1375	0·6 „	43·863	0·729	3·160	1·720	21·450	7·237	—	Hautsyphilid am Stamme blässer. Schlaflosigkeit. Foetor. ex ore.
	3. „	1·027	1175	0·3 „	26·555	0·615	1·807	1·214	19·505	4·342	—	
	4. „	1·021	1550	0·9 „	45·725	0·705	3·458	2·184	23·870	5·901	—	F. 37·0, A. 37·3° C.
	5. „	1·018	1600	0·9 „	33·160	0·552	2·651	1·970	22·760	5·853	—	Bronchitis regressiv. 10 Einreibungen.
	6. „	1·017	1600	0·4 „	32·800	0·456	2·110	1·525	20·800	5·912	—	Gingiv. suppur. Macul. Syphil. bis auf die Pigmentflecke rückgängig.
	7. „	1·016	1680	0·6 „	33·600	0·437	2·784	2·169	22·680	7·148	—	
	8. „	1·016	1650	0·6 „	36·795	0·157	2·957	2·031	24·090	5·603	—	
	9. „	1·018	1600	0·6 „	40·480	0·288	3·110	2·413	21·600	5·494	—	
	10. „	1·020	1500	0·3 „	43·950	0·233	3·803	1·640	21·900	5·936	—	Stomatitis. K.-G. 117 Pfd.
	11. „	1·018	1600	0·6 „	35·680	0·440	1·840	1·685	16·650	4·590	—	

		Spec. Gewicht	Gesammt-Menge	Reaction	Harnstoff	Harnsäure	Alkaliphosphate	Erdphosphate	Chlor	Schwefelsaures Kali	Chlorzink-Kreatinin	Anmerkung
					Gesammt-Menge							
Matschitz	12. März	1·016	1600	0·3 sauer	34·560	0·248	2·678	1·811	24·480	3·822	—	
	13. „	1·019	1550	sauer	31·000	0·279	2·725	5·419	17·360	10·472	—	
	14. „	1·018	1425	neutral	30·210	0·228	4·218	4·382	18·380	4·841	—	
	15. „	1·015	1600	„	28·960	0·328	3·083	2·476	16·000	4·299	—	
	16. „	1·015	1200	„	21·600	0·510	2·312	1·715	13·320	3·851	—	In plant. rubor. circ. scrpt.
	17. „	1·020	1000	0·3 sauer	27·000	0·315	3·128	2·106	15·300	3·770	—	
	18. „	1·016	1500	0·8 „	36·300	0·240	1·268	1·788	18·600	6·047	—	
	19. „	1·015	1350	1·0 „	20·115	0·223	0·572	1·207	16·470	5·643	—	25 Einrbgn. Macul. Syphil. verschw. Defluv. capit. Skler. cicatr. resist.
	20. „	1·016	1500	0·6 „	26·100	0·098	0·761	1·937	18·750	6·270	—	
	21. „	1·015	1450	0·4 „	24·360	0·138	1·127	1·585	17·400	5·466	—	
	22. „	1·015	1500	schwach sauer	24·000	0·075	1·242	1·490	18·750	5·768	—	
	24. „	1·017	1325	„	26·235	0·742	0·941	1·473	20·538	5·489	—	29 Einreibungen ausgesetzt. Stomatitis beseitigt.
	25. „	1·016	875	„	17·423	0·162	0·636	1·026	13·825	3·299	—	
	26. „	1·020	1300	0·7 sauer	30·680	0·351	2·900	1·626	21·710	5·872	—	
	27. „	1·014	875	0·6 „	16·975	0·246	0·962	1·564	7·525	3·429	—	
	28. „	1·014	1425	neutral	27·075	0·292	1·542	2·489	12·968	5·372	—	

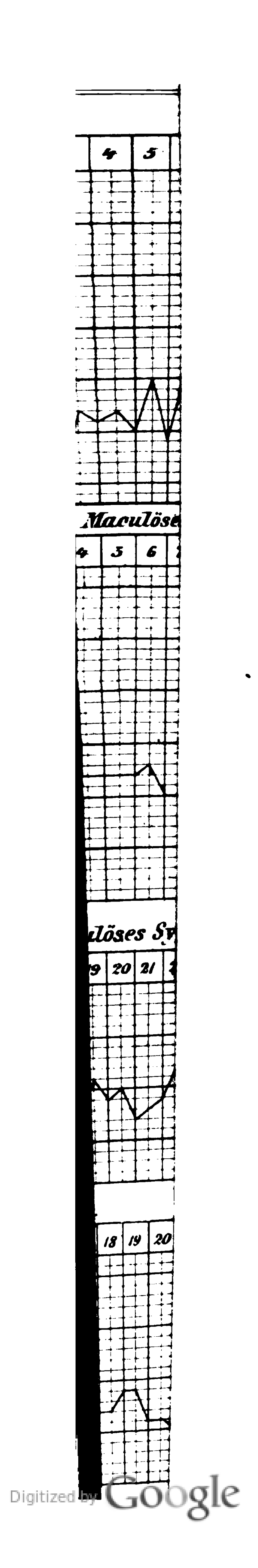
		Spec. Gewicht	Gesammt-Menge	Reaction	Harnstoff	Harnsäure	Alkaliphosphate	Erdphosphate	Chlor	Schwefelsaures Kali	Chlorzink-Kreatinin	Anmerkung
					Gesammt-Menge							
Kodelly	18. März	1·031	705	sauer	26·860	—	1·048	0·461	9·953	3·473	0·568	Exulcer. Skler. Macul. am Stamme. Dol. capit. Milztum. F. 37·5, A. 37·7° C.
	19. „	1·030	750	stark sauer	24·000	—	0·875	0·272	12·075	3·471	0·568	F. 37·3, A. 38·0° C.
	20. „	1·030	690	„	23·736	—	2·429	0·644	11·799	3·267	0·514	Mac. regressiv. Dolor. capit. persist. F. 37·2, A. 37·4° C.
	21. „	1·029	830	„	27·024	—	3·348	0·742	12·948	3·110	0·813	
	22. „	1·026	875	1·0 sauer	25·612	0·398	1·405	2·110	15·750	4·932	0·713	
	23. „	1·029	850	1·1 „	25·840	0·420	1·867	1·942	15·300	4·950	1·029	
	24. „	1·029	1020	1·0 „	34·608	0·790	2·292	2·148	17·442	5·901	0·704	
	25. „	1·028	950	0·6 „	28·025	0·560	1·789	1·885	16·055	5·282	0·544	1. Einreibung. F. 37·2, A. 37·5° C.
	26. „	1·028	1150	1·2 „	39·560	0·730	1·458	2·170	19·320	6·910	0·343	F. 37·1, A. 38·6° C.
	28. „	1·030	1100	1·5 „	40·150	0·918	1·841	2·184	18·700	7·267	0·848	Heftige Kopf- und Zahnschmerzen. F. 37·6, A. 38·2° C.
	29. „	1·028	950	0·9 „	34·865	0·769	2·167	1·697	14·345	6·878		Kopfschmerzen v. 5 bis 6 Uhr Abends sehr heftig. F. 37·5, A. 37·8° C.
	30. „	1·028	1200	1·9 „	40·320	0·930	2·332	2·024	18·600	7·070	0·423	F. 37·6, A. 36·6° C.
	31. „	1·029	1200	1·2 „	33·000	0·880	2·373	2·420	20·520	7·435	0·228	Sudor. profus.
	1. April	1·029	950	1·5 „	34·675	0·736	2·183	1·962	16·150	5·851	1·374	
	2. „	1·027	1175	0·6 „	42·300	0·987	3·237	2·449	19·387	6·886	0·539	
	3. „	1·023	1425	0·8 „	30·495	0·669	1·325	2·120	23·227	8·936	0·353	

		Spec. Gewicht	Gesammt-Menge	Reaction	Harnstoff	Harnsäure	Alkaliphosphate	Erdphosphate	Chlor	Schwefelsaures Kali	Chlorzink-Kreatinin	Anmerkung
					Gesammt-Menge							
Kodolly	4. April	1·023	1000	1·2 sauer	27·500	0·625	1·099	0·894	13·900	6·569	0·5135	Kopfschmerzen bis in die Früh.
	5. „	1·022	1075	1·9 „	34·507	0·423	0·908	1·813	13·545	7·744	1·188	
	6. „	1·027	1075	0·8 „	32·357	0·596	2·144	1·663	16·340	7·985	1·013	Hautsyphilid verschwunden.
	7. „	1·027	1475	neutral	33·335	0·973	0·374	3·370	24·780	9·580	1·512	K.-G. 112 Pfd.
	8. „	1·029	1175	0·7 sauer	33·487	0·781	2·284	1·864	19·975	9·566	1·272	Profuse Schweisse in der Nacht. 13 Einreibungen.
	9. „	1·023	1350	1·9 „	23·355	0·816	5·136	2·679	23·085	9·373	0·881	
	10. „	1·025	1150	1·6 „	22·655	0·707	0·971	2·742	17·365	9·271	0·627	
	11. „	1·023	1150	0·3 „	20·125	0·649	1·458	2·282	18·975	8·242	0·785	
	12. „	1·023	1475	0·7 „	26·402	0·715	1·870	2·927	25·222	7·982	1·016	
	13. „	1·025	1375	1·3 „	27·500	0·770	1·511	2·729	17·600	9·134	1·049	
	14. „	1·025	1400	0·3 „	28·700	0·686	1·538	2·641	18·060	8·831	1·2355	
	15. „	1·023	1300	0·9 „	23·010	0·885	1·318	2·580	16·640	7·473	0·9995	
	16. „	1·023	1380	0·6 „	24·426	0·627	2·098	1·360	13·938	10·507	0·9225	
	17. „	1·023	1175	2·2 „	23·617	0·722	1·390	1·982	17·977	7·411	0·9635	Cachektisches Aussehen. Zahnfleisch mässig geschwe'lt
	18. „	1·022	1750	0·3 „	33·600	0·507	2·070	2·604	16·250	11·039	0·621	
	19. „	1·027	1125	1·2 „	25·875	0·309	1·331	2·233	17·212	10·163	0·8245	

		Spec. Gewicht	Gesammt-Menge	Reaction	Harnstoff	Harnsäure	Alkaliphosphate	Erdphosphate	Chlor	Schwefelsaures Kali	Chlorzink-Kreatinin	Anmerkung
					Gesammt-Menge							
Kodelly	20. April	1·020	1825	0·3 sauer	26·462	0·419	2·005	1·812	24·555	9·265	1·560	
	21. „	1·018	1745	0·6 „	25·302	1·081	2·959	1·039	19·195	7·229	1·064	25 Einreibgn. Mandeln zerklüftet. Defluv. capill.
	22. „	1·015	1400	1·0 „	17·920	0·126	2·011	0·973	11·760	5·957	—	
	23. „	1·022	1370	2·1 „	22·916	0·780	3·009	1·360	16·166	8·072	0·752	K.-G. 112 Pfd.
Nervo	15. Febr.	1·027	1000	sauer	27·100	—	0·152	3·275	12·800	8·434	—	Skler. sulc. coron. Pap. ad. anum, scrot. Pap. ad nucham., ad thorac.
	16. „	1·033	700	1·6 sauer	25·480	0·413	1·988	1·042	10·220	4·964	—	K.-G. 143 Pfd.
	18. „	1·030	1400	1·6 „	49·000	1·008	3·760	1·890	19·460	7·473	—	Pap. per tot. cut. schupp. Sol. subl. ad genit. K.-G. 143 Pfd. F. 36·6, A. 37·0° C.
	19. „	1·025	1300	1·7 „	32·500	0·507	2·878	1·807	19·500	6·210	—	
	20. „	1·021	1460	1·6 „	32·120	0·606	2·270	1·537	19·126	5·994	—	
	21. „	1·023	1200	0·9 „	30·360	0·588	2·982	1·024	14·520	4·568	—	
	22. „	1·024	1100	1·0 „	28·490	0·528	2·734	1·136	14·300	4·969	—	1. Einreibung.
	23. „	1·024	1275	1·3 „	34·043	0·771	2·845	1·646	12·523	4·683	—	
	24. „	1·026	1100	1·0 „	35·420	0·578	3·665	1·507	16·610	2·985	—	
	25. „	1·022	1420	0·9 „	36·352	0·504	3·408	1·552	20·732	4·716	—	
	26. „	1·019	1500	0·2 „	30·300	0·555	2·993	1·698	19·550	4·758	—	


3
4
5
Maculöse
4
3
6
ulöses Sy
9
20
21
18
19
20

Name	Datum				Gesammt-Menge					Kali	Kreatinin	Anmerkung
Kodelly	20. April	1·020	1825	0·3 sauer	26·462	0·419	2·005	1·812	24·555	9·265	1·560	
	21. „	1·018	1745	0·6 „	25·302	1·081	2·959	1·039	19·195	7·229	1·064	25 Einreibgn. Mandeln zerklüftet. Defluv. capill.
	22. „	1·015	1400	1·0 „	17·920	0·126	2·011	0·973	11·760	5·957	—	
	23. „	1·022	1370	2·1 „	22·916	0·780	3·009	1·360	16·166	8·072	0·752	K.-G. 112 Pfd.
Nervo	15. Febr.	1·027	1000	sauer	27·100	—	0·152	3·275	12·800	8·434	—	Skler. sulc. croron. Pap. ad. anum, scrot. Pap. ad nucham., ad thorac.
	16. „	1·033	700	1·6 sauer	25·480	0·413	1·988	1·042	10·220	4·964	—	K.-G. 143 Pfd.
	18. „	1·030	1400	1·6 „	49·000	1·008	3·760	1·890	19·460	7·473	—	Pap. per tot. cut. schupp. Sol. subl. ad genit. K.-G. 143 Pfd. F. 36·6, A. 37·0° C.
	19. „	1·025	1300	1·7 „	32·500	0·507	2·878	1·807	19·500	6·210	—	
	20. „	1·021	1460	1·6 „	32·120	0·606	2·270	1·537	19·126	5·994	—	
	21. „	1·023	1200	0·9 „	30·360	0·588	2·982	1·024	14·520	4·568	—	
	22. „	1·024	1100	1·0 „	28·490	0·528	2·734	1·136	14·300	4·969	—	1. Einreibung.
	23. „	1·024	1275	1·3 „	34·043	0·771	2·845	1·646	12·523	4·683	—	
	24. „	1·026	1100	1·0 „	35·420	0·578	3·665	1·507	16·610	2·985	—	
	25. „	1·022	1420	0·9 „	36·352	0·504	3·408	1·552	20·732	4·716	—	
	26. „	1·019	1500	0·2 „	30·300	0·555	2·993	1·698	19·550	4·758	—	



4
5
Maculöse
4
5
6
ulöses Sy
20
21
18
19
20

		Spec. Gewicht	Gesammt-Menge	Reaction	Harnstoff	Harnsäure	Alkaliphosphate	Erdphosphate	Chlor	Schwefelsaures Kali	Chlorzink-Kreatinin	Anmerkung
					Gesammt-Menge							
Nervo	27. Febr.	1·021	1400	0·2 sauer	30·660	0·518	2·533	1·723	19·600	5·435	—	
	28. „	1·018	1800	1·8 „	35·280	0·495	2·464	1·643	23·040	5·911	—	
	1. März	1·019	1425	0·2 „	34·628	0·363	2·192	1·501	19·380	4·831	—	
	2. „	1·017	1475	neutral	27·583	0·274	1·297	1·553	14·603	3·778	—	Alopec. areol.
	3. „	1·022	1350	0·3 sauer	32·420	0·398	1·758	1·823	18·360	3·986	—	
	4. „	1·021	1360	neutral	29·240	0·360	1·724	1·323	14·416	5·127	—	Loc. pap. p. t. c. central. pigmentlos, peripher. pigment. Stellen zu sehen.
	5. „	1·016	1260	„	24·318	0·143	1·150	1·226	13·230	4·184	—	
	6. „	1·021	1350	„	33·075	0·263	1·689	1·368	15·530	5·291	—	
	7. „	1·016	1125	„	25·313	0·118	1·388	1·117	11·925	3·780	—	
	8. „	1·018	1375	0·6 sauer	29·288	0·296	1·697	1·238	19·388	3·596	—	
	9. „	1·015	1500	0·6 „	25·800	0·105	1·497	0·983	15·150	3·920	—	Pap. anum. rückgängig, Psor. plant. ebenfalls.
	10. „	1·016	1550	1·1 „	33·015	0·147	2·283	1·415	15·655	4·743	—	
	11. „	1·016	1625	0·5 „	35·588	0·301	3·049	1·679	16·413	4·488	—	
	12. „	1·015	1000	0·2 „	19·900	0·025	1·234	0·635	12·100	3·135	—	
	13. „	1·021	1480	sauer	29·748	0·414	2·201	3·818	22·940	3·868	—	K.-G. 140 Pfd.
	14. „	1·022	530	neutral	11·130	0·125	1·102	1·453	8·003	1·483	—	Zahnfleisch lockert sich.

		Spec. Gewicht	Gesammt-Menge	Reaction	Harnstoff	Harnsäure	Alkaliphosphate	Erdphosphate	Chlor	Schwefelsaures Kali	Chlorzink-Kreatinin	Anmerkung
					Gesammt-Menge							
Nervo	15. März	1·015	1500	neutral	25·200	0·120	2·714	2·232	22·350	3·023	—	
	16. „	1·015	1460	„	24·382	0·175	3·578	2·346	21·754	4·082	—	23 Einreibungen.
	17. „	1·016	1500	0·5 sauer	29·250	0·188	3·547	2·591	21·600	3·416	—	
	18. „	1·016	1560	neutral	34·686	0·133	3·243	1·920	22·776	5·006	—	
	19. „	1·022	875	0·8 sauer	19·638	0·197	1·341	1·043	15·313	4·844	—	Standorte der Papeln ad anum noch infiltrirt.
	20. „	1·011	1475	0·5 „	13·975	0·059	0·626	1·025	18·243	3·359	—	
	21. „	1·014	1325	neutral	20·273	0·036	0·794	1·210	17·889	3·804	—	
	22. .	1·021	1175	0·6 sauer	24·088	0·047	1·272	1·330	19·153	4·693	—	Skleros. sulc. noch nicht resorbirt.
	24. „	1·015	1350	0·2 „	22·005	0·567	1·415	1·153	19·305	4·586	—	
	25. „	1·023	1075	1·3 „	31·713	0·656	1·853	2·134	17·308	4·373	—	Nachwuchs der Kopfhaare. 29 Einreibungen ausgesetzt.
	26. „	1·015	1325	0·5 „	22·923	0·610	1·029	1·448	17·490	4·203	—	
	27. „	1·023	900	0·4 „	19·710	0·895	1·796	2·180	12·860	3·964	—	
	28. „	1·015	1450	0·4 „	21·605	0·421	2·524	2·878	20·010	4·815	—	
Walter	3. Mai	1·023	1300	2·5 sauer	29·700	0·357	0·551	5·031	13·910	6·824	0·4095	Skler. necrot. lam. int. prp. Epid. Pap. p. t. c. Abends neue Erupt. v. Pap. 2. Einreibung.
	6. „	1·025	1675	1·5 „	35·000	1·340	1·415	4·162	17·500	8·815	0·251	K.-G. 96 Pfd.

		Spec. Gewicht	Gesammt-Menge	Reaction	Harnstoff	Harnsäure	Alkaliphosphate	Erdphosphate	Chlor	Schwefelsaures Kali	Chlorzink-Kreatinin	Anmerkung
					Gesammt-Menge							
Walter	7. Mai	1·021	1700	0·9 sauer	35·500	0·544	1·436	4·054	24·650	12·374	0·9095	
	8. „	1·023	1525	1·8 „	28·800	0·213	2·577	1·514	19·600	6·545	0·808	
	9. „	1·019	1825	1·2 „	28·834	0·301	2·158	3·260	19·892	11·035	0·894	
	11. „	1·024	1550	1·4 „	28·365	0·635	3·799	2·450	17·050	10·471	1·152	Pap. p. t. c. flor. 9 Einreibungen.
	12. „	1·021	1375	1·2 „	21·862	0·302	2·208	1·775	16·050	6·672	0·712	
	13. „	1·021	1725	1·3 „	32·085	0·284	3·206	3·255	22·252	10·301	0·975	
	14. „	1·023	1600	1·3 „	31·200	0·880	2·299	2·220	19·520	6·270	0·652	Rachenröthe. Ging. locker. Papul. regressiv.
Jakoby	23. Febr.	1·021	1400	schwach sauer	31·640	0·175	0·284	4·172	17·340	3·595	0·175	Pap. in sulc. cor. Mac. Syph. Pustul. part. cap. capillat. Psor. palm. K.-G. 108 Pfd.
	24. „	1·022	830	„	24·568	0·323	1·546	1·598	19·790	1·300	—	1. Einreibung. F. 37·1, A. 37·4° C.
	25. „	1·020	1250	sauer	29·320	0·394	1·313	1·641	14·785	1·496	—	
	26. „	1·022	560	„	20·300	0·260	1·286	0·911	2·296	0·376	—	
	27. „	1·020	1365	„	39·721	0·354	5·214	1·653	17·745	3·770	—	Pusteln am Kopfe confluiren.
	28. „	1·022	1100	„	25·850	0·347	4·611	1·529	11·880	1·067	—	Frische Macul.
	1. März	1·014	1240	schwach sauer	22·072	0·645	1·551	0·442	11·160	2·266	—	
	2. „	1·024	1210	„	35·090	0·677	2·862	1·322	15·851	4·787	—	Psor. plm. schuppt.

		Spec. Gewicht	Gesammt-Menge	Reaction	Harnstoff	Harnsäure	Alkaliphosphate	Erdphosphate	Chlor	Schwefelsaures Kali	Chlorzink-Kreatinin	Anmerkung
					Gesammt-Menge							
Jakoby	3. März	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
	4. „	1·023	500	0·2 sauer	11·500	0·352	1·090	1·071	7·500	1·735	—	Lungencatarrh. Impetigo im Gesichte.
	5. „	1·023	1150	0·5 „	26·680	0·592	2·429	2·170	15·640	4·077	—	
	6. „	1·021	1000	0·4 „	26·300	0·485	1·893	1·647	13·000	3·957	—	F. 36·9, A. 37·3° C. Gingivitis. Foetor exore. 10 Einreibungen.
	7. „	1·016	1325	0·3 „	25·837	0·342	1·791	1·131	16·012	3·017	—	An der Schleimhaut der Tonsill. Epithelauflagerung.
	8. „	1·017	1250	1·2 „	31·500	0·368	2·387	1·067	17·875	4·151	—	
	9. „	1·029	1100	0·2 „	41·250	0·616	2·844	3·342	17·820	7·965	—	Stomatitis mercur. F. 36·7, A. 37·3° C.
	10. „	1·018	1375	0·6 „	32·862	0·715	2·835	2·209	20·625	3·900	—	K.-G. 108½ Pfd.
	11. „	1·019	925	0·7 „	23·957	0·416	1·938	1·321	11·377	3·037	—	
	12. „	1·022	900	neutral	22·140	0·279	1·491	1·018	9·810	4·972	—	
	13. „	1·026	975	sauer	30·225	0·351	3·568	2·515	13·445	2·547	—	K.-G. 107 Pfd.
	14. „	1·030	780	„	24·414	0·382	1·938	2·138	12·246	2·650	—	
	15. „	1·023	1210	0·4 „	35·574	0·829	2·209	2·594	16·335	5·466	—	
	16. „	1·025	875	0·3 „	27·738	0·420	2·090	1·843	12·163	5·156	—	Stomatit. perst. 19 Einreibungen.
	17. „	1·023	900	0·3 „	26·550	0·212	1·421	1·339	13·140	3·695	—	
	18. „	1·010	1680	0·2 „	20·664	0·386	3·436	1·168	15·288	3·197	—	

		Spec. Gewicht	Gesammt-Menge	Reaction	Harnstoff	Harnsäure	Alkaliphosphate	Erdphosphate	Chlor	Schwefelsaures Kali	Chlorzink-Kreatinin	Anmerkung
					Gesammt-Menge							
Jakoby	19. März	1·017	1325	0·4 sauer	21·068	0·464	1·456	1·316	16·563	6·281	—	Impetigo. Pusteln vertrocknet. Stomatit. perst.
	20. „	1·020	1025	0·3 „	17·118	0·067	0·953	1·018	17·425	3·979	—	
	21. „	1·015	1275	1·2 „	19·508	0·096	0·927	0·989	20·528	4·140	—	
	22. „	1·020	1350	0·5 „	29·160	0·155	1·507	1·528	22·275	5·382	—	
	23. „	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	Stomatit. beseitigt. Psor. palm. regress.
	24. „	1·022	925	0·4 sauer	25·438	0·287	2·173	1·322	16·280	3·729	—	
	25. „	0·020	1250	0·3 „	36·625	0·375	2·768	2·009	21·250	5·551	—	
	26. „	1·021	1150	0·6 „	33·925	0·414	2·489	1·871	19·435	5·666	—	
	27. „	1·020	1300	1·2 „	37·700	0·332	2·681	2·141	22·100	5·725	—	Psor. persist.
	28. „	1·019	850	0·5 „	24·395	0·374	1·652	1·434	14·365	4·020	—	
	29. „	1·022	975	0·7 „	24·473	0·390	1·733	1·629	16·673	5·859	—	Loc. impet. crust. Pap. muc. or. 30 Einreibungen.
	30. „	1·016	1325	0·9 „	22·790	0·543	2·219	1·998	17·755	5·587	—	
Möstl	17. Juli	1·022	1500	1·6 sauer	30·000	0·525	1·649	3·128	17·500	10·694	1·384	Skleros. 5 Mac. auf der einen Seite.
	18. „	1·021	1500	1·2 „	27·750	0·428	2·916	2·831	16·950	10·919	1·084	In palmis circ. scrpt. rothe Infiltr. ad thor. 14 Mac. elevat.
	19. „	1·022	1375	0·9 „	27·913	0·475	3·254	2·595	15·675	10·267	0·925	



		Spec. Ge-wicht	Ge-sammt-Menge	Reaction	Harn-stoff	Harn-säure	Alkali-phos-phate	Erd-phos-phate	Chlor	Schwe-felsaures Kali	Chlor-zink-Krea-tinin	Anmerkung
					Gesammt-Menge							
Möstl	20. Juli	1·020	1700	schwach sauer	28·560	1·008	2·780	2·530	20·750	11·866	0·8585	
	21. „	1·020	1750	„	30·275	0·823	3·402	2·604	20·825	9·732	1·5445	
	22. „	1·021	1150	1·2 sauer	26·795	0·375	2·819	1·825	11·730	8·542	1·026	1. Einreibung. Defluv. capill.
	23. „	1·019	1400	1·2 „	24·920	0·616	2·366	2·083	17·500	7·785	0·9555	F. 37·0, A. 37·3° C.
	24. „	1·018	1850	0·8 „	35·705	0·629	3·596	2·572	22·200	10·948	1·665	Eruption von 30 Mac. F. 37·6, A. 37·7° C.
	25. „	1·019	1375	0·5 „	24·888	0·591	2·789	2·595	16·638	6·005	—	F. 37·2, A. 37·5° C.
	26. „	1·017	1300	0·4 „	22·750	0·332	2·747	2·063	15·210	5·288	—	
	27. „	1·013	1700	neutral	20·570	0·417	2·011	0·844	15·130	4·950	—	Mac. pap. an Zahl zugenommen. 5 Einreibungen.
	28. „	1·021	1075	0·9 sauer	22·683	0·425	2·442	1·814	13·054	6·050	—	Ging. lockert sich.
	29. „	1·023	1425	0·9 „	26.900	0·497	2·408	5·814	19·950	5·807	—	Gingivit. 7 Einreibungen.
	30. „	1·020	1850	0·9 „	35·705	0·568	4·377	2·752	22·200	10·287	—	
	31. „	1·013	1425	sehr schwach sauer	25·200	0·293	4·218	1·557	9·262	4·149	—	
	1. Aug.	1·018	1805	0·3 sauer	40·900	1·037	4·575	1·972	16·700	9·566	—	Nachschub vom Syphilid.
	2. „	1·021	1400	0·7 „	27·860	0·434	2·603	2·779	16·800	8·154	—	
	3. „	1·019	1700	0·3 „	28·050	0·646	3·592	3·208	12·410	8·947	—	Eruption beendet. K.-G. 107 Pfd.

		Spec. Gewicht	Gesammt-Menge	Reaction	Harnstoff	Harnsäure	Alkaliphosphate	Erdphosphate	Chlor	Schwefelsaures Kali	Chlorzink-Kreatinin	Anmerkung
					Gesammt-Menge							
Wölfl	25. Juni	1·022	1335	1·1 sauer	25·200	0·452	1·918	1·723	18·200	4·883	—	Pap. p. t. c. regressiv. 19 Einreibungen ausgesetzt. Jodkal. innerl. K.-G. 95 Pfd.
	26. „	1·020	1075	0·9 „	18·100	0·360	1·816	1·174	12·100	4·413	—	Gliederreissen, Kopfschmerzen, Knieweh.
	29. „	1·015	1200	0·6 „	41·940	0·264	1·116	1·192	8·400	3·180	—	
Rektor	6. Mai	1·025	1000	1·1 sauer	24·500	0·450	1·183	1·192	11·000	6·047	0·185	Pap. thor. desq. Alopec. areol. pust. K.-G. 75 Pfd.
	7. „	1·023	1000	sehr schwach sauer	19·900	0·205	0·930	0·894	11·000	5·861	0·695	
	8. „	1·023	900	0·3 sauer	18·900	0·351	0·989	0·625	10·710	4·434	0·743	F. 37·2, A. 38·2° C.
	9. „	1 023	1100	sehr schwach sauer	21·010	0·490	0·837	0·983	13·430	5·462	—	Skler. lam. int. tot. praep.
	11. „	1·019	1300	neutral	20·670	0·215	0·769	1·450	15·860	7·861	0·731	2. Einreibung.
	12. „	1·017	1800	0·4 sauer	17·900	0·216	1·370	1·609	21·600	7·794	0·7515	
	13. „	1·023	800	0·9 „	16·400	0·148	0·271	0·953	10·200	4·479	0·689	F. 37·1, A. 38·1° C.
	14. „	1·019	1200	neutral	21·480	0·186	0·305	1·073	14·400	4·748	0·685	Dolor. cap. Iritis oc. sin. incip. F. 37·5, A. 37·9° C.
Malik	8. April	1·012	1450	2·5 sauer	16·385	0·428	0·858	3·168	8·410	7·362	0·371	Gummat. cut. 9. Periostit. gumm. Necros. tib. K.-G. 89 Pfd.
	9. „	1·012	1500	2·2 „	16·950	0·616	1·014	2·232	11·400	6·323	0·3675	Albuminurie sistirt.

Name	Datum	Spec. Gewicht	Gesammt-Menge	Reaction	Harnstoff	Harnsäure	Alkaliphosphate	Erdphosphate	Chlor	Schwefelsaures Kali	Chlorzink-Kreatinin	Anmerkung
					Gesammt-Menge							
Malik	10. April	1·012	2500	neutral	29·750	0·863	1·903	3·720	20·500	11·385	0·725	
	11. „	1·012	1150	0·3 alkal.	13·915	0·242	0·777	1·711	9·200	3·949	—	
	13. „	1·015	2000	schwach sauer	23·600	0·680	0·848	1·986	12·000	8·510	0·102	
Wendlberger	30. April	1·023	1100	4·5 alkal.	23·650	0·528	1·395	1·420	10·780	6·282	—	Gummat. Caries. necr. stern. Leberthr. innerl. K.-G. 94 Pfd.
	1. Mai	1·018	1350	1·6 sauer	18·900	0·216	0·572	1·341	12·825	4·787	0·286	
	2. „	1·015	1490	0·7 „	22·648	0·373	1·763	1·323	9·685	6·283	0·877	K.-G. 92 Pfd.
Schlager	5. April	1·013	1475	sehr schwach sauer	16·372	0·383	1·495	1·758	13·110	5·566	—	Albuminurie. Gumm. oss. front. Jodkal. innerlich. K.-G. 70 Pfd.
	8. „	1·015	1370	schwach alkalisch	13·700	0·383	0·464	1·234	10·960	5·024	0·286	
	10. „	1·015	1200	0·5 sauer	16·200	0·326	1·116	1·430	10·680	4·688	0·458	
	11. „	1·008	1525	neutral	10·522	0·312	0·773	0·454	6·862	5·407	0·279	
	12. „	1·009	1275	sehr schwach sauer	9·052	0·140	0·754	0·379	4·462	4·139	0·191	

Zur Frage der Ansteckungsfähigkeit der Vegetationen oder der spitzen Condylome.

Von

Prof. Dr. **Wilhelm Petters,**

Vorstand der I. Klinik für Hautkrankheiten und Syphilis, Primararzt des k. k. allgem. Krankenhauses in Prag.

Bezüglich dieser Frage herrschen unter den Fachärzten noch so divergirende Ansichten, dass es mir nicht unnöthig erscheint, diese gewiss wichtige Frage einer neuerlichen Discussion zu unterziehen.

Die Veranlassung hiezu gab mir eine von J. Edm. Güntz in den Schmidt'schen Jahrbüchern der in- und ausländischen gesammten Medizin 1873. B. 157. Nr. 3 bei Gelegenheit der Besprechung meines Aufsatzes über das breite Condylom (Archiv für Dermatologie und Syphilis IV. 3. 1872) gemachte Aeusserung, dass, wenn ich sage „die breiten Condylome liefern wohl das syphilitische Virus, sind aber als solche selbst ebenso wenig überimpfbar wie die Vegetationen oder spitzen Condylome", Referent (J. Edm. Güntz) entgegenhalten müsse, dass die Uebertragbarkeit der spitzen Condylome sowohl klinisch als auch besonders experimentell auf Lindwurm's Klinik durch dessen Assistenten bewiesen ist.

Ich habe schon im Jahre 1866 (Zur Lehre von den Vegetationen. Prager Vierteljahresschrift für die praktische Heilkunde B. 91) mich gegen die Ansteckungsfähigkeit der spitzen Condylome ausgesprochen und auf Grundlage von 336 Fällen von Vegetationen (58 Männer und 278 Weiber) als



Grundursache derselben einen örtlichen, Hyperämie veranlassenden Reiz, zumeist durch in Zersetzung begriffene eitrige und anderweitige Secrete erzeugt, angenommen und bemerkt, dass die Vegetationen wohl meistens in Folge geschlechtlicher Berührung vorkommen, aber auch ohne eine solche entstehen können. Diese meine damalige Ansicht halte ich noch immer fest und vertheidige selbe seit zehn Jahren vor meinen Schülern. Ich that dies auch dem Dr. Kranz (ehemaligen klinischen Assistenten des Prof. Lindwurm in München) bei Gelegenheit seines Besuches des Prager Krankenhauses gegenüber und erhob schon damals mein Bedenken über die Beweiskraft seiner bezüglichen Experimente.

Ich sah mich zu meiner Ansicht sowohl durch vorurtheilsfreie Beobachtung des mir zu Gebote stehenden reichlichen Materials, als auch durch die Wahrnehmung vom Auftreten der Vegetationen auch ohne vorangegangenen Coitus, sowie endlich durch die negativen Resultate der von mir sowohl mit dem Secrete als auch mit dem Blute spitzer Condylome vorgenommenen Impfungen berechtigt. Es stand daher auch wenigstens für mich die Nichtübertragbarkeit der spitzen Condylome sowohl klinisch als besonders experimentell erwiesen. Die vorne erwähnte Aeusserung veranlasste mich nun nachzuforschen, ob denn auch andere Fachmänner von der Uebertragbarkeit der spitzen Condylome überzeugt sind und ob ich mit meiner Ansicht vom Gegentheil ganz vereinsamt stehe, sowie auch die auf der Lindwurm'schen Klinik gemachten Experimente nochmals durchzugehen und nachzumachen und mich von der Beweiskraft derselben zu überzeugen.

Nach Lippert lehrte Ricord: Die Vegetationen geben durch ihre Entwickelung zu einer reizenden Secretion der Haut Veranlassung. Die Secretion irritirt die beim Coitus mit ihr in Berührung tretende Schleimhaut und in Folge dieser einfachen Reizung können auch auf dieser sich Condylome entwickeln. Anderseits gibt es Fälle genug, wo jahrelanger Umgang mit einem condylomatösen Individuum gepflegt wurde ohne alle Ansteckung.

Vidal (de Cassis) läugnet die irritirende Ursache der Vegetationen, da selbe bei Kindern beiderlei Geschlechtes nicht beobachtet werden, trotzdem dass es an Reizungen der Genitalien nicht fehlt,

doch verhält sich dies nach einem Coitus ganz anders, nach welchem unter dem Einflusse der geringsten Irritation Vegetationen entstehen können. Dass Vegetationen übertragen werden können, glaubt er durch die Beobachtungen der meisten Syphiliologen erhärtet.

Michaelis schreibt: Unseren Untersuchungen zufolge ist die Bildung der spitzen Condylome von einem beliebigen äusseren Reize, wenn er anhaltend und intensiv genug wirkt, abhängig. Sie kömmt bei Unreinlichkeit des Mannes zu Stande, wenn das Smegma nicht entfernt wird, und findet sich sogar bei Kindern vor, wenn auch nur in sehr mässigen Andeutungen. Eicheltripper rufen bei ihrem Verschwinden die Entwickelung bis zum äussersten Excess hervor und die Blennorrhoe begünstigt sie durch ihr Secret, wenn der damit Behaftete es nicht durch Reinlichkeit verhütet. Die gewöhnlichste und natürlichste Entstehung der Auswüchse beruht auf den genannten Veranlassungen.

Reder glaubt die Frage, ob die Vegetationen ansteckend seien, trotzdem dass solche spontan nach jedem Reize sich entwickeln können, mit Wahrscheinlichkeit bejahen zu sollen, da dort, wo solche Excrescenzen stark secerniren, dieses Secret, auf eine gesunde Schleimhautfläche übertragen, bei Mangel an Reinlichkeit wieder zur Entstehung von Vegetationen Veranlassung gibt. Wenigstens kömmt es vor, dass sich solche Wucherungen zuweilen nach einem verdächtigen Beischlafe für sich allein ohne weitere Erscheinungen ausbilden.

Geigel schreibt: Die spitzen Condylome scheinen allerdings in manchen Fällen durch Contagien mitgetheilt zu werden, jedenfalls pflanzen sie sich durch Uebertragung anderer Genitalaffectionen, in deren Gefolge sie sich gern entwickeln, fort und gehen leicht, wie die platten Condylome, auf die mit ihnen in beständiger Berührung befindlichen gesunden Haut- und Schleimhautflächen über. Allein häufig bieten sie in ihrer Entstehung manches Räthselhafte dar, und es ist nicht so unwahrscheinlich, dass sie wirklich manchmal nur ex multitudine et varietate coitus entstehen können. Wenn ich dieses ätiologische Moment Ebn Sina's und Serapion's gelten lasse, so meine ich, durch die häufige Befruchtung mit den Samenflüssigkeiten verschiedener Männer und durch den gleichzeitigen, immer wiederholten mechanischen Reiz des Coitus könne bei Frauenzimmern, die mit ihren Geschlechtstheilen lohndienern, wohl auch dasselbe Resultat zu Stande kommen, welches gewöhnlich nur die



Folge von ansteckenden Krankheiten der Genitalien zu sein pflegt, oder es könnten mit anderen Worten jene Schädlichkeiten ex multitudine coitus einen ähnlichen krankmachenden Reiz und dieselben Störungen in der Ernährung und Gewebsbildung bedingen, wie das Bestehen einer Leukorrhoe oder eines Genitalgeschwüres. Wo wirkliche Erkrankungen der Genitalien vorhanden sind, erscheinen selbe vollkommen ausreichend zur Erklärung der Vegetationen, wo man selbe aber nicht findet, dünkt mir diese Erklärung für plausibel genug, man müsste dann über die dunkle Entstehungsweise der Vegetationen überhaupt besser unterrichtet sein und wissen, warum während der Pubertätsperiode bei jungen Leuten so gerne Warzen an den Händen sich entwickeln.

Zeissl meint, dass Vegetationen dadurch entstehen, dass an den betreffenden Stellen durch das corrodirende Trippersecret oder auch nur durch längeres Verweilen des Sebums bei einer Balanoblennorrhoe die Oberhaut, und zwar besonders die Folliculerauskleidung, zerstört und die Regenerirung derselben verhindert werde. Verbleibt nun das ätzende Secret längere Zeit auf der epidermislosen Stelle, so entstehen anfangs stecknadelkopfgrosse, hyaline Knötchen, welche sich bei fortwährender Einwirkung der krankmachenden Schädlichkeit allmälig mehr und mehr über das Niveau der betreffenden Haut- und Schleimhautstelle erheben und so allmälig die Gestalt zapfenartiger, mehr weniger dendritisch sich verzweigender Gebilde annehmen. Zeissl, der die Vegetationen als örtliche Gebilde ansieht, die durch örtliche Ursachen entstehen und durch örtliche Mittel beseitigt werden, gibt die Ansteckungsfähigkeit derselben doch zu, da gesunde Individuen, die mit solchen, die Vegetationen an den Genitalien hatten, lange Zeit verkehrten, schliesslich doch Vegetationen bekommen. Er citirt auch Cooper, der die Uebertragbarkeit der spitzen Condylome dem flüssigen Secrete zuschreibt, welches sie absondern, und zwei Fälle erzählt von Uebertragbarkeit solcher Gebilde.

Der erste Fall betraf eine Gebärende, welche einen Haufen kleiner Warzen in der Scheide hatte, die dadurch entstanden sein sollen, dass der Gatte zur Zeit seiner Verheiratung eine Warze am Penis hatte. Der zweite Fall: Ein Assistent des Dr. Chandler verletzte sich bei Entfernung eines bedeutenden Condyloms unter dem Nagel seines Daumens, worauf kurz nachher daselbst eine Warze



entstand, die, trotzdem dass selbe mehrmals zerstört wurde, immer wieder nachwuchs und dies so lange, bevor der Nagel nicht ganz entfernt worden ist.

Girandeau de St. Gervais hält die Vegetationen nicht immer von der Syphilis, sondern auch zuweilen von Unreinlichkeit oder besonderer Constitution des Kranken abhängig.

Wie aus den hier angeführten Citaten ersichtlich ist, halten alle diese Fachmänner die Vegetationen für örtliche Gebilde, die durch die Einwirkung eines verschiedenartigen örtlichen Reizes erzeugt werden; bezüglich der Ansteckungsfähigkeit derselben aber geben selbe die Möglichkeit einer solchen, sich auf die Angaben Anderer berufend, zu, ohne aus ihrer eigenen Beobachtung hiefür Beweise beizubringen. Solche Berufungen auf andere Beobachter (Vidal) scheinen mir nicht beweiskräftig zu sein, da eben die Fälle, in welchen eine solche Ansteckung stattgefunden haben soll, nicht citirt erscheinen, sich somit auch jeder Kritik entziehen. Auch die Wahrnehmung, dass Vegetationen manchesmal nach einem verdächtigen Beischlafe für sich allein ohne andere Erscheinungen auftreten (Reder) und dass gesunde Individuen, die lange Zeit mit solchen verkehren, die mit Vegetationen behaftet sind, schliesslich auch Vegetationen bekommen (Zeissl), beweisen die Uebertragbarkeit derselben nicht, weil ja, wie alle Beobachter zugeben, diese Gebilde nach jedem örtlichen Reize ohne eine weitere Infection auftreten können und zu solchen Reizen wohl auch die Multitudo und Qualitas coitus gerechnet werden kann.

Die von Zeissl citirten Fälle von Uebertragung der Vegetationen möchte ich trotz der Autorität Cooper's nicht für beweiskräftig halten, da in Bezug auf den ersten die Gravidität meiner Ueberzeugung nach das Zustandekommen solcher Wucherungen begünstigt. Waren doch unter den 278 von mir an Vegetationen behandelten Frauen 40 Schwangere und bei 16 davon fehlte die Blennorrhoe und jede weitere Complication, und nebst diesen datirten noch 4 Wöchnerinnen, bei denen ausser dem Lochialfluss und den Vegetationen keine weitere Affection an den Genitalien vorgefunden wurde, den Beginn der letzteren aus der Zeit ihrer Gravidität.



Der zweite, das Auftreten einer Warze unter dem Nagel des Daumens nach Verletzung dieser Stelle bei Gelegenheit der Entfernung eines Condyloms betreffende Fall möchte wohl auch eine andere Deutung zulassen als die ihm von Cooper zugesprochene. Es scheint mir, dass den meisten Syphilidographen für die Ansteckungsfähigkeit der Vegetationen sprechende eigene Beobachtungen ganz abgehen, da solche nicht angeführt erscheinen und ich auch in der neueren Literatur keinen einzigen Fall von Uebertragung von Vegetationen vorfinde, trotzdem dass ich dieser Sache ein besonderes Interesse zuwende.

Mir selbst ist durch volle zehn Jahre nicht ein einziger Fall einer solchen Uebertragbarkeit der Vegetationen von einem Individuum auf das andere bekannt, trotzdem dass ich mehrmals in die Lage kam, Individuen, die zusammen geschlechtlichen Umgang gepflogen haben, gleichzeitig zu beobachten und zu confrontiren. Trotzdem hatte ich bis jetzt keine Gelegenheit, mich klinisch von der Ansteckungsfähigkeit der Vegetationen zu überzeugen, und da es anderen Forschern ebenso ergangen zu sein scheint, so möchte wohl der klinische Beweis für die Uebertragbarkeit der Vegetationen noch nicht vorhanden sein. Doch vielleicht vermag das Experiment den Beweis herzustellen und gelingt die unter den gehörigen Cautelen vorgenommene Uebertragung der Vegetationen, dann ist selbe meiner Ueberzeugung nach beweisender als etwaige einschlägige klinische Beobachtungen, bei denen ja, wie ein jeder Vorurtheilsfreie zugeben wird, der endliche Beweis viel schwieriger herzustellen ist, weil so manche sich der genauen Beobachtung entziehende und doch Einfluss nehmende Momente zu berücksichtigen sind.

Nun auf der Lindwurm'schen Klinik sollen solche Experimente, die Dr. Kranz ausführte, den Beweis der Ansteckungsfähigkeit der Vegetationen geliefert haben und es wird gut sein, dieselben genau zu prüfen. Dr. Kranz hat in seinem sehr beachtenswerthen Beitrag zur Kenntniss der Schleimhautpapillome (Archiv für klinische Medizin B. 2. 1866) fünf solche Experimente citirt, die wir nun genau durchgehen wollen.

I. Fall. Ein mit der Scheere abgeschnittenes Stück Papillom von einer anderen Kranken wurde auf eine durch Schaben mit einem Scalpell künstlich erzeugte Excoriation zwischen dem grossen und kleinen Labium einer Kranken befestigt und dort nach 22 Stunden noch vorgefunden. 32 Stunden später war ausser einem weissen Brei auf der Excoriationsstelle nichts zu sehen. 5 Tage nach der Uebertragung leicht granulöses Aussehen, in der nächsten Woche allmälige Erhebung der Papillen im Umkreise eines Groschenstückes, die 20 Tage nach der Uebertragung als fadenförmige Erhebungen auf 1mm. über das Niveau der Haut prominirten. — Was der Kranken sonst fehlte, ist nicht angegeben, welcher Umstand schon dadurch die Beweiskraft vermindert, da ja möglicher Weise vorhanden gewesene Eiterungs- und andere Vorgänge den zur Erzeugung der Vegetationen von allen Beobachtern als nothwendig angesehenen Reiz abzugeben haben mochten.

II. Fall. Einem früher an hartnäckiger Blennorrhoe, Schanker und breiten Condylomen behandelten Mädchen wurde, als die Blennorrhoe wesentlich verringert, der Schanker und die breiten Condylome geheilt und nur noch durch die Pigmentirung die früher innegehabten Stellen kenntlich waren, ein erbsengrosses Stück Papillom in die Vulva so eingelegt, dass es die früher wundgemachten Stellen, an denen früher die breiten Condylome sassen, genau bedeckte. Das eingetragene Papillom blieb zwei Tage in der mittels Heftpflasterstreifen geschlossen gehaltenen Schamspalte. Dasselbe erschien, sowie die anliegenden Schleimhautpartien, mit einer schmierigen, grauweisslichen, smegmaähnlichen Masse bedeckt. Während im Verlaufe der nächsten Woche ausser einer stärkeren Injection nichts Abnormes bemerkt wurde, erschien am 13. Tage nach dem Experiment die Innenfläche der rechten kleinen Schamlippe granulirt, indem daselbst hochrothe, 1mm. im Durchmesser haltende Prominenzen hervorragten. Selbe erschienen später auch an der hinteren Commissur am Rande der geheilten Condylome und wucherten so rasch, dass sie am 24. Tage nach dem Experiment, nachdem inzwischen die Menses eingetreten waren, eine Höhe von 1—2mm. erreichten, stark verästelt waren und an ihrer Oberfläche eine grössere Peripherie hatten als an der Basis. Sie waren hellroth und von sehr wenig Epithel bedeckt. 40 Tage später war die ganze hintere Commissur und die untere Hälfte des kleinen Labium damit bedeckt. Am 48. Tage

erschienen sie am Damm, an den Stellen der früheren Condylome, und erreichten am 60. Tage den Anus, woselbst sie $^1/_2$'' gross wurden. Nach Abtragung derselben wurde die Kranke entlassen, kam aber bald wieder mit einer Recidive derselben und dann später noch einmal. Eine Recidive der Syphilis wurde nicht beobachtet. — In diesem Falle bestand noch Blennorrhoe und waren Stellen zum Experiment gewählt worden, an denen früher breite Condylome sassen, welche beiden Momente auf das Zustandekommen von Vegetationen einen begünstigenden Einfluss üben.

III. Fall. Einer Kranken wurde kurz nach beseitigten breiten Condylomen bei gebesserter Urethralblennorrhoe ein ganz kleines Stück Papillom zwischen die Labien der Urethra gelegt und diese Manipulation durch 3 Tage je zweimal im Tage wiederholt. 6 Tage nach dem Experimente erschienen die ersten Papillarerhebungen und zwar von fadenförmiger Dünnheit in der Umgebung der Urethra, an deren Mündung und an der Innenfläche der linken kleinen Schamlippe. Nach 8 Tagen erreichten die Papillen 1mm. Länge und begannen zu sprossen, wobei eine Vermehrung derselben beobachtet wurde. 36 Tage nach der Uebertragung waren selbe auch am rechten kleinen Labium zu sehen, zahlreich verästelt und $1^1/_2$—2mm. hoch. Nach der Exstirpation kamen einige Nachzügler, später Iritis. — Hier wurde zwar bei gebesserter, aber noch bestehender Urethralblennorrhoe an einem Individuum experimentirt, bei dem die allgemeine Syphilis — da ja später noch Iritis auftrat — noch nicht getilgt war.

IV. Fall. Einer an Syphilis behandelten Kranken wurde durch 7 Tage hindurch täglich einmal die Innenfläche des Praeputiums der Clitoris mit der Lanzette geschabt und dahin etwas abgeschabtes Secret und Gewebsstückchen von einem Papillom eingetragen. 12 Tage nach dem ersten Experiment waren die ersten Erscheinungen der wuchernden Papillen in der Falte zwischen dem Praeputium und dem kleinen Labium gesehen, die nach 3 Wochen etwas dendritisch, aber nur stecknadelkopfgross wurden und im Verlaufe von 5 Wochen die Grösse eines Hirsekorns nicht überschritten. — Bei dieser an Syphilis behandelten Kranken wurde daher wiederholt eine sehr empfindliche und häufig Sitz der Vegetationen werdende Stelle mechanisch gereizt, was für die Beurtheilung des Falles von Wichtigkeit ist.



V. Fall. Einem mit Schankergeschwüren am Innenblatte des Praeputiums behafteten Kranken wurde abgeschabtes Secret von einem Papillom und ein Stückchen Papillom selbst in die fossa coronaria gelegt und dasselbe durch 24 Stunden im geschlossenen Praeputialsack liegen gelassen, worauf ein schmieriger Brei in der fossa coronaria abgelagert gefunden wurde. Die Schanker wurden mit einfachen Wasserumschlägen behandelt. 11 Tage nach dem Experiment erschien an der Stelle, an der das Papillom gelegen, eine sichtbare Niveauveränderung, die 5 Tage später hirsekorngross war und kleine Auswüchse zeigte. Gleichzeitig entstanden an den noch nicht vollständig überhäuteten Schankern ähnliche Wucherungen. Am 19. Tage nach der Uebertragung erschien das junge Papillom 1mm. hoch, die an den Schankern sitzenden Wucherungen halb so hoch. Nach drei Wochen war es etwa erbsengross und nach abermals 17 Tagen haselnussgross. 4 Monate nach der Abtragung recidivirten die Papillome.

Ehe ich mich in eine Würdigung der Beweiskraft dieser Fälle, die dem Schlusse der sonst sehr verdienstvollen Arbeit des Dr. Kranz beigefügt sind, einlasse, will ich hier die Meinung Hebra's, dem man doch einige klinische Beobachtungsgabe und Erfahrung, sowie auch die Fähigkeit des Experimentirens nicht absprechen kann, anführen, der sich in seinem Werke bei Gelegenheit der Besprechung der spitzen Condylome dahin äussert, dass die spitzen Condylome niemals contagiös sind, und zwar weder im Sinne der Selbstpropagation, noch zur Hervorrufung einer Blennorrhoe, und dass die Versuche des Dr. Kranz nicht genug exact erscheinen, um die Ergebnisse bisheriger Erfahrungen zu alteriren.

Was nun die auf der Lindwurm'schen Klinik vorgenommenen Versuche selbst betrifft, so fehlen denselben zwei Anforderungen, die an jeden einschlägigen exacten Versuch gestellt werden müssen, und zwar: 1. der vollständig gesunde oder normale Stand der zum Versuche benützten Stelle, und 2. das Fernhalten jedes Momentes, das geeignet ist, den durch den Versuch angestrebten Resultaten analoge Producte zu erzeugen, weil bei Ausseracbtlassung dieser beiden Momente im Falle des Gelingens eines solchen Versuches schwer oder gar nicht ermittelt werden kann, ob das Gelingen des Experimentes





nicht auf Rechnung eines dieser nicht beachteten Verhältnisse zu setzen sei.

Was nun die erste Forderung anbelangt, so ist, abgesehen von dem ersten Falle, bei dem die Angabe über den sonstigen Gesundheitszustand der Versuchsperson und die Form, derentwegen selbe im Spital behandelt worden ist, fehlt, in allen anderen vier Fällen an Personen experimentirt worden, die nicht vollkommen gesund, sondern mit Blennorrhoe und Condylomen (Fall 2. 3), Syphilis (Fall 4) und Schankern (Fall 5) behaftet waren.

Waren auch die Condylome bis auf von solchen herrührende Pigmentirungen beseitigt und die Blennorrhoe nur noch in geringem Masse vorhanden, so waren solche Stellen doch noch nicht zur Norm zurückgekehrt und sicherlich zu Hyperämien und zur Verletzung geeigneter als andere vollständig gesunde Hautpartien. Auch war wohl die Syphilis noch im latenten Zustande und desshalb fähig, Eruptionen an der Haut zu veranlassen, und zwar dann zumeist auf zarten, hyperämischen, der Besudelung von Seiten der Secrete ausgesetzten Stellen. Und solche Stellen wurden eben zum Versuche gewählt. Könnten nun an solchen Stellen bei noch nicht vollkommen getilgtem syphilitischen Allgemeinleiden abermals Condylome zu Stande kommen, so waren solche Stellen auch bei sonst vorhandener Ursache der Vegetationen geeignet, Sitz der letzteren zu werden. Kommen ja doch Vegetationen neben und selbst auf breiten Condylomen sehr häufig vor, eine Beobachtung, die jeder Syphilidologe gewiss zu machen Gelegenheit hat und die ich selbst an meinen zahlreichen Kranken häufig machte, indem unter den an Vegetationen behandelten 278 Frauen 60 gleichzeitig mit breiten Condylomen behaftet waren. Aber es bestand auch noch bei den Fällen (2, 3) Blennorrhoe der Vagina und in einem Falle (3) Blennorrhoe der Urethra, ein Leiden, dem alle Beobachter die Fähigkeit zusprechen, Papillome veranlassen zu können, und ist auch das Vorkommen der Vegetationen am häufigsten bei an Blennorrhoe leidenden Kranken beobachtet worden. Ich selbst beobachtete bei den erwähnten 278 an Vegetationen behandelten Frauen gleichzeitig, und zwar 159mal Blennorrhoe der Vagina, 29mal Urethral- und



Vaginalblennorrhoe, 7mal Vaginal- und Uterinalblennorrhoe und einmal Blenorrhoe des Mastdarmes. Und was die Stellen betrifft, die zum Versuche gewählt worden sind, so waren es solche, die zu Vegetationen insbesondere disponiren. Sahen wir doch Vegetationen in der Urethra 19mal, in der Vulva 75mal, an den Labien 54mal, an den Nymphen 23mal, am Eingang in die Vulva 36mal, an der hinteren Commissur 27mal und an den Carunkeln der Vaginalschleimhaut 23mal.

Im V. Falle wurde die zur Uebertragung bestimmte Vegetation auf geschwürige, allem Anscheine nach bereits in der Heilung begriffene Stellen (Schanker) aufgelegt, also auf Stellen, die auch ohne Ueberimpfung Sitz der spitzen Condylome werden können. So sah ich unter den 58 an Vegetationen behandelten Männern 8mal gleichzeitig Schanker und 5mal die Vegetationen neben Schankernarben. Es lassen mithin alle die für die gelungene Uebertragung der Papillome angeführten Fälle auch die Möglichkeit der Selbstevolution solcher Gebilde zu, da die Entwicklung der Papillome begünstigende und vielleicht sogar veranlassende Momente, Reizungszustände der Versuchsstelle (Blennorrhoe, Schanker und geheilte Condylome) vorhanden waren.

Was nun das zweite bei solchen Experimenten besonders zu würdigende Moment — das Fernhalten aller Umstände, welche die zum Experimente gewählten Stellen ausgiebig irritiren und hiedurch auch ohne die Ueberimpfung der Vegetationen Wucherungen veranlassen konnten, betrifft, so war die Art und Weise des Experimentes geradezu eine solche, die schon an sich geeignet war, einen ausgiebigen Irritationszustand zu veranlassen (nämlich Excoriirung und Ansammlung von in Zersetzung begriffenen Secreten) und zu unterhalten, welche Bedingungen bekanntlich die Entwickelung von Vegetationen nach dem einstimmigen Urtheile aller Beobachter zur Folge haben.

Wurden doch die betreffenden Stellen zumeist durch Schaben ihres Epithels beraubt, mithin der Papillarkörper blosgelegt und einer Irritation ausgesetzt. Ich will nun nicht behaupten, dass dieses Moment einzig und allein zur Erzeugung von Vegetationen ausreicht, auch haben meine eigenen bezüglichen Experimente keinen positiven Erfolg gehabt, doch möchte



ich das Wundmachen der Schleimhaut als ein das Auftreten der Vegetationen wesentlich förderndes Moment ansehen. Was aber das Auflegen von anderen Individuen abgetragenen Vegetationen auf die wundgemachten Stellen anderer Personen und das längere Liegenlassen derselben an solchen wundgemachten Stellen der Genitalien betrifft, so scheint mir dieser Vorgang ein solcher zu sein, der aller Exactheit baar ist. Denn fragen wir uns, was denn zunächst aus den abgetragenen Vegetationen geworden ist, so müssen wir uns sagen, dass in selben sofort der Zerfall der Formelemente und der chemische Vorgang der Fäulniss eingetreten ist und selbe dann, falls ja den Vegetationen ein eigener Ansteckungsstoff innewohnen sollte, weiterhin nichts anderes waren als faulende organische Substanzen, in denen der supponirte Ansteckungsstoff untergehen musste. Die faulenden Papillome konnten dann aber keine andere Wirkung äussern als die, die jede andere faulende animalische Substanz auf eine Wunde ausübt, nämlich zunächst die der Irritation, — sich durch Eiterproduction an der wunden Stelle manifestirend — und erschien ja auch immer an solchen Stellen eine schmierige, grauweisse, smegmaähnliche Masse — offenbar ein Gemenge von Detritus faulender Formelemente, Eiter und Smegma. Solche Ansammlungen von Eiter und Smegma bedingen aber eben die Vegetationen, wobei es ganz gleichgültig ist, ob der Detritus von Vegetationen stammt oder von anderen Geweben.

Solche an der Schleimhaut der Genitalien haftende, abgestorbene animalische Substanzen müssen beim Manne Balanitis, beim Weibe Vulvitis zur Folge haben und diese beiden Irritationszustände sind es eben, die Vegetationen veranlassen können und auch veranlassen. Waren doch unter den von mir gezählten 278 mit Vegetationen behafteten Frauen 118 zweifellose Freudenmädchen, bei denen bekanntlich die Blennorrhoe kaum längere Zeit ausbleibt, und ist doch Blennorrhoe der Vagina wenigstens sehr häufig mit einer Eitersecretion der Vulvalschleimhaut verbunden.

Aber auch das Auflegen von abgeschabten Gewebsstückchen von Papillomen auf die wundgemachte Clitorisvorhaut (4. Fall) lässt eine ähnliche Deutung zu, da ja immerhin in



Zerfall begriffene Gewebselemente hier die wunde Schleimhaut trafen und mithin wesentlich irritirten, zur Hypersecretion und dann zu Wucherungen des Papillarkörpers (Papillomen) veranlassten.

Einer günstigeren Beurtheilung könnte das dritte Experiment des Dr. Kranz, nämlich das öftere Einlegen (ohne gleichzeitiges Liegenlassen) abgeschnittener Vegetationen in die Urethra, sich erfreuen, wenn eben die betreffende Kranke nicht an einer Urethralblennorrhoe gelitten, also einen Zustand repräsentirt hätte, der erfahrungsgemäss häufig Vegetationen zur Folge hat; denn auch ich beobachtete unter meinen öfter citirten, mit Vegetationen behafteten Weibern, von denen 39 an Urethralblennorrhoe litten, 19mal Vegetationen in der Urethra.

Nach den hier auseinander gesetzten, auf zahlreiche, und ich kann wohl sagen, vorurtheilsfreie klinische Beobachtungen sich stützenden Umständen kann ich die auf der Lindwurm-schen Klinik behufs Beweises der Ansteckungsfähigkeit der Vegetationen gemachten Versuche nicht als beweiskräftig ansehen. Ich würde aber keinen Anstand nehmen, an die Selbstpropagation der Papillome zu glauben, wenn nach Uebertragung und kurzem Liegenlassen des von Vegetationen entnommenen Epithels oder aus solchen stammenden Blutes auf des Epithels beraubten Stellen an den Genitalien vollkommen gesunder, d. h. nicht venerisch erkrankter Individuen, Vegetationen binnen kurzer Zeit auftreten würden. Denn ich kann mir ein Vegetationen erzeugendes Contagium nur im Blute, oder in dem denselben in reichlichem Masse zukommenden Epithel, oder in der Epidermis denken, und möchte letzterer, die ja, wie die in neuerer Zeit so oft geübten Transplantationen lehren, mit positivem Erfolge übertragbar ist, die Möglichkeit der Hervorrufung von Papillomen an wundgemachten Stellen zusprechen. Doch haben meine in früheren Jahren in beiden Richtungen angestellten Versuche zu keinem Resultat geführt, da es mir weder durch die Impfungen mit Blut, noch durch jene mit Epithel von Vegetationen je gelang, auf diese Weise Vegetationen hervorzurufen.

Ich übergehe nun zu meinen in einer den Dr. Kranz'schen Versuchen ähnlichen Weise vorgenommenen Experimenten, die



sich von ersteren hauptsächlich nur dadurch unterscheiden, dass ich die abgetragenen Vegetationen an der Versuchsstelle nur kurz liegen liess, von der Ansicht ausgehend, dass, wenn ein Contagium den Vegetationen innewohnt, dasselbe bald auf der wundgemachten Schleimhaut haften müsse und dass durch das lange Liegenlassen der abgetragenen und desshalb dem Verwesungsprocesse anheimgefallenen Vegetationen eine Irritation an der wunden Schleimhaut zu Stande kommen müsse, die möglicher Weise den Papillarkörper selbst zur Wucherung — Vegetationsbildung — veranlassen könne.

I. Am 13. October um 9 Uhr Morgens wurde einer 25 Jahre alten, mit geringer Vaginalblennorrhoe behafteten Kranken auf eine durch Schaben wundgemachte Stelle in der Vulva rechts eine wickengrosse, einer andern Kranken unmittelbar zuvor abgetragene Vegetation eingelegt, die bis Nachmittag liegen blieb. Tags darauf erschien die wundgemachte Stelle noch offen und war 3 Tage nach dem Experiment verheilt. Wiewohl die Patientin noch 14 Tage in der Anstalt blieb, liess sich keine Veränderung an der zum Experiment gewählten Stelle nachweisen.

Nach 129 Tagen kam die Kranke wieder in die Anstalt und zwar mit einem papulösen Syphilid und einer Blennorrhoe, zeigte aber keine Spur von Vegetationen.

II. Einem 16 Jahre alten, an Vaginalblennorrhoe seit 29. August in der Anstalt behandelten Freudenmädchen, bei welchem am 4. October die Genitalien bereits im normalen Zustand gefunden wurden, wurde am Morgen dieses Tages auf einer in der rechten Seite der Vulva frisch gemachten Excoriation eine wickengrosse, einer andern Kranken unmittelbar zuvor entnommene Vegetation aufgelegt. Nach 24 Stunden bestand noch die Excoriation, die aufgelegte Vegetation war aber bereits abgefallen. 48 Stunden nach dem Experiment war die Excoriation noch vorhanden, 4 Tage nach dem Versuche erschien selbe geheilt, die betreffende Stelle aber durchaus nicht verändert. 18 Tage nach dem Versuche wurde die Kranke aus der Anstalt entlassen, da an den Genitalien keine Vegetation entstanden war.

III. Einer seit 15 Tagen mit einem Schankergeschwür in der Fossa navic. vulvae behafteten, circa 20 Jahre alten Dienstmagd wurde am 16. October Morgens bei bereits in der Heilung begriffenem Geschwür auf eine linsengrosse Excoriation in der Vulva eine

einer andern Kranken soeben abgetragene Vegetation gebracht, die am selben Tage abfiel. Nach 6 Tagen heilte das Geschwür, am 7. Tage die Excoriation. Eine Vegetation trat nicht ein, trotzdem dass die Kranke noch 5 Tage in der Krankenanstalt beobachtet wurde.

IV. Einem seit 14 Tagen kranken, mit Vaginalblennorrhoe, Ulcus nymphae sin. und Excoriationen, sowie mit Vegetationen in der Vulva links behafteten, 20 Jahre alten Dienstmädchen wurde am 14. November Früh auf eine wundgemachte Stelle in der Vulva rechts eine frisch abgetragene Vegetation aufgelegt. Die Excoriation war nach 3 Tagen geheilt. Vegetationen kamen aber rechts an der Versuchsstelle keine zum Vorschein, wiewohl selbe links zuvor bestanden haben und Patientin noch durch 16 Tage im Krankenhause verblieb.

V. Einer 21 Jahre alten, seit 4 Wochen an papulöser Syphilis kranken Taglöhnerin, bei welcher nebenbei ein linksseitiger Labialabscess bestand, wurde am 14. November an eine wundgemachte Stelle in der Vulva rechts eine einer andern Kranken eben abgetragene Vegetation gelegt, die am selben Tage abfiel. Da nach 2 Tagen diese wunde Stelle verheilt war, wurde abermals unmittelbar daneben die Schleimhaut wundgemacht und wieder eine frisch abgetragene Vegetation eingelegt. Nach 6 Tagen war die kleine oberflächliche Wunde geheilt, ohne dass irgend eine auffallende Veränderung daselbst aufgetreten wäre. Die Kranke blieb noch 5 Tage in der Anstalt, doch kam es nicht zur Entwickelung einer Vegetation.

VI. Einem 22 Jahre alten Freudenmädchen, das neben einer Vaginalblennorrhoe ein in der Heilung begriffenes Geschwür der Vulva hatte, wurde am 17. November auf letzteres eine frisch abgetragene Vegetation gelegt, die am selben Tage abfiel. Nach 14 Tagen war das Geschwür geheilt, aber keine Vegetatien aufgetreten.

VII. Einer schwangeren, mit Blennorrhoe und breiten Condylomen seit 6 Wochen kranken, 21 Jahre alten Taglöhnerin wurde am 5. December ohne vorangegangene Verletzung zwischen die Carunkeln des Vaginaleinganges rechts eine soeben abgetragene Vegetation eingelegt. 6 Tage nachher erschien eine wickengrosse Vegetation, aber nicht an der Versuchsstelle, sondern am Uebergang der Vulvalschleimhaut auf der rechten Nymphe. Nach 4 Tagen wurde die Vegetation mit der Scheere entfernt, ohne zu recidiviren, und ohne dass an der Versuchsstelle eine ähnliche Wucherung aufgetreten wäre. Hier war wohl das Entstehen der Vegetation eher der



Blennorrhoe und Gravidität, zwei wichtigen Gelegenheitsursachen, als dem Auflegen des Papilloms zuzuschreiben.

VIII. Einer 21 Jahre alten, mit Blennorrhoea vaginae und Ulcus specif. nymphae dextrae behafteten Dirne, die nebenbei eine kleine Vegetation in der linken Seite der Vulva zeigte, wurde am 14. November eine soeben einer andern Kranken abgetragene Vegetation auf eine wundgemachte Stelle in der Vulva rechts aufgelegt, die am selben Tage abfiel. Nach 3 Tagen war die kleine Wunde geschlossen und Tags darauf die schon früher vorhanden gewesene Vegetation abgetragen. Patientin blieb noch 15 Tage im Spital, ohne dass eine Vegetation sich entwickelt hätte.

IX. Einem 16 Jahre alten Freudenmädchen, mit Blennorrhoe und Excoriationes vulvae behaftet, wurde am 5. December auf eine frisch gemachte kleine Wunde rechts in der Vulva eine eben zuvor abgetragene Vegetation aufgelegt, und da nach 4 Tagen keine Vegetation aufgetreten war, eine andere Vegetation auf eine unverletzte Stelle der Vulva gelegt und das letztere Experiment nach 16 und abermals nach 19 Tagen wiederholt, und zwar ohne Erfolg, wiewohl die Kranke nach dem letzten Versuche noch 4 Wochen in der Anstalt belassen wurde.

X. Einem mit Blennorrhoea vaginae und Plaques muqueuses behafteten, 20 Jahre alten Dienstmädchen wurde am 2. Januar 1874 eine eben abgetragene Vegetation in den excorirten Muttermund eingelegt und Tags darauf eine zweite Vegetation hoch hinauf in die Vagina geschoben. Als selbe 18 Tage später entlassen wurde, war nirgends eine Spur einer Wucherung vorhanden.

XI. Einer 22 Jahre alten, an acuter Vaginalblennorrhoe leidenden Taglöhnerin wurde am 27. Februar eine frisch abgetragene Vegetation auf eine unverletzte Stelle des Vaginaleinganges gelegt. Patientin blieb noch 10 Tage in der Anstalt, ohne dass Vegetationen zur Entwickelung gelangten.

XII. Einem 20 Jahre alten, an Gonorrhoe leidenden Schuster wurde am 10. Februar eine frisch abgetragene Vegetation in die Urethralmündung und eine zweite in den Sulcus coronae glandis eingeschoben und das ziemlich enge Praeputium über die Glans gezogen. Die Vegetation blieb im Sulcus glandis über 30 Stunden liegen, während welcher Zeit der Kranke kein Bad nahm und seine Genitalien überhaupt nicht reinigen und nicht waschen durfte, und

wurde nach ihrem Abfall ausser einer mässigen Smegmaansammlung im Sulc. gland. nichts Auffallendes beobachtet. Patient blieb nach dem Experimente noch 23 Tage in der Anstalt, während welcher Zeit die Gonorrhoe schwand, aber keine Vegetation aufgetreten ist.

Wie aus den hier kurz angeführten 12 Versuchen hervorgeht, gelang in keinem einzigen derselben die Uebertragung der Vegetationen weder auf unverletzte, noch auf zuvor verletzte Stellen der Genitalien, wiewohl die bezüglichen Versuche sich von jenen des Dr. Kranz nur dadurch unterscheiden, dass die aufgelegten Vegetationen im Ganzen nicht so lange liegen blieben wie in den Münchner Versuchen, worauf übrigens kein besonderes Gewicht in München selbst gelegt worden zu sein scheint, da man ja ein wiederholtes Berühren der Schleimhaut mit einer Vegetation (Fall 3) zur Hervorrufung der Vegetationen für ausreichend halten mochte. Auch unterschieden sich unsere von den Münchner Versuchen dadurch, dass von unseren Kranken (mit Ausnahme des 12. Falles) die gewöhnlichen Sitzbäder zweimal im Tage genommen wurden, was ebensowohl den Contact der aufgelegten Vegetationen mit der Versuchsstelle verminderte. Sollten aber desshalb diese Versuche als für den Gegenbeweis der Ansteckungsfähigkeit der Vegetationen ungeeignet angesehen werden, so könnte unserm 12. Fall ein solcher Vorwurf nicht gemacht werden, da er bezüglich der Dauer des Liegenlassens der Vegetation dem betreffenden (5.) Münchner Falle nicht nachstand, wegen des Nichtvorhandenseins gleichzeitiger Schankergeschwüre aber im Falle des Auftretens von Vegetationen für die betreffende Frage beweiskräftiger geworden wäre.

Ich glaube daher mit dem hier Angeführten die Beweiskraft der Münchner Versuche zum mindesten abgeschwächt und meine bisherige Ueberzeugung von der Nichtansteckungsfähigkeit der Vegetationen in dem Sinne einer Selbstpropagation derselben gerechtfertigt zu haben.

Da ich der Ansicht bin, dass Vegetationen durch verschiedene örtliche Reizungszustände der Schleimhaut zu Stande kommen und dass auf bereits wunden, d. h. des Oberhäutchens beraubten Stellen sich solche Wucherungen leichter entwickeln, da ich ferner das Liegenbleiben des zersetzten Smegma geni-



talium für geeignet halte zur Erzeugung eines solchen Reizes, so machte ich einige einschlägige Versuche bei Personen, bei denen ich reichlichere Smegmasecretion wahrgenommen habe. Haben diese Versuche aber im Ganzen den gehegten Voraussetzungen nicht entsprochen, so blieben selbe auch nicht ganz resultatlos; ich möchte aber auf selbe bis jetzt wenigstens keine weiteren Conclusionen basiren, und will selbe hier ohne jede weitere Reflexion einfach anführen, hoffend, dass mit der Zeit Andere dieser Frage weiter nachforschen und selbe vielleicht zum gedeihlichen Abschluss bringen werden.

1. Versuch. Einem 19 Jahre alten, seit 6 Tagen an Blennorrhoea vaginae acuta leidenden Dienstmädchen wurde am 16., 18., 20. und 23. März das Epithel zwischen den Labien und Nymphen mit dem Ende einer stumpfen Scheere bis zum leichten Blutaustritt abgeschabt und dasselbe Experiment den 28. März am äusseren Blatte der linken Nymphe vorgenommen. Am 7. April wurde abermals an den Nymphen das Epithel abgekratzt und mit der Kranken, da kein Resultat sichtbar gewesen, keine weiteren Versuche vorgenommen. Am 27. April erschienen am Rest des Hymen zwei und in der Fossa navicularis vulvae (also an nicht zum Experiment benützter Stelle) eine wickengrosse Vegetation, die auch sofort abgetragen wurden. Patientin blieb bis zum 9. Mai in der Anstalt und wurde, da keine Vegetationen nachkamen, nach beseitigter Blennorrhoe entlassen.

2. Versuch. Bei einer 18 Jahre alten, mit acuter Vaginalblennorrhoe aufgenommenen Dienstmagd wurde am 16. März zwischen den Labien und Nymphen eine wickengrosse Stelle wundgekratzt. Erfolg keiner, trotzdem dass Patientin bis zum 15. Mai in der Anstalt verblieb.

3. Versuch. Einer 20 Jahre alten, mit breiten Condylomen behafteten Dienstmagd, bei welcher zwischen den Labien und Nymphen eine auffallende Ablagerung von Smegma vorgefunden worden ist, wurde am 18. März an diesen Stellen das Epithel bis zum Eintritt einer kleinen Blutung gewaltsam abgerieben und derselbe Versuch 5 Tage später wiederholt, worauf nach 5 Tagen in jeder Nympholabialfalte eine stecknadelkopfgrosse prominirende Stelle vorgefunden wurde, die sich aber binnen wenigen Tagen wieder involvirte. Patientin blieb noch 4 Wochen in der Anstalt, ohne Vegetationen bekommen zu haben.



4. Versuch. Einer 17 Jahre alten, starke Smegmaablagerung in den Nympholabialfalten zeigenden Dirne wurden diese Stellen am 16. und 18. März blutig gekratzt. Am 20. März erschien eine stecknadelkopfgrosse Erhabenheit zwischen dem Labium und der Nymphe rechts, und am 2. April eine gleichgrosse Erhabenheit ebendaselbst. Doch involvirten sich beide spontan, ohne sich zu Vegetationen entwickelt zu haben.

Mag man nun diese Experimente beliebig deuten, immer wird man örtliche Reizungszustände der Genitalien und das liegenbleibende Smegma als einen wichtigen Factor bei der Bildung von Vegetationen ansehen müssen, da Vegetationen nicht selten nach Balanitis und Vulvitis auftreten, diese beiden Zustände aber von der Zersetzung des Smegma häufig ihre Entstehung datiren. Diese Annahmen lassen wohl die meisten Fachmänner gelten und machte ich in meinem oft erwähnten Aufsatze vom Jahre 1866 eines 38 Jahre alten, an Lupus erythematosus leidenden Mannes Erwähnung, der nie inficirt gewesen und reine Genitalien darbot, der aber, nachdem derselbe eben wegen des Uebergreifens des Lupus auf das Auge auf die Augenkranken-Abtheilung übertragen worden und daselbst einige Zeit gelegen war, bei seiner Transferirung Balanitis und mehrere Vegetationen am inneren Blatte der Vorhaut zeigte, die während des längeren ruhigen Liegens im Bette und Ausserachtlassung der örtlichen Reinlichkeit zur Entwickelung gelangt waren.

Spricht dieser Fall auch nebenbei für die von mir nie bezweifelte Möglichkeit des Zustandekommens der Vegetationen ohne vorangegangenen Coitus, so möchte ich doch dem letzteren einen wesentlichen Einfluss auf die Bildung der Vegetationen zusprechen, da solche, obwohl ich auch Vegetationen bei einer 62 Jahre alten Frau gesehen, doch am häufigsten bei jungen, in genussfähigem Alter stehenden ledigen Personen vorkommen. So kamen von 57 im Alter zwischen 15 und 56 Jahren stehenden, mit Vegetationen behafteten Männern Papillome zwischen dem 21. und 27. Jahre 33mal, bei den im Alter von 13 bis 62 Jahren stehenden 277 Frauen Vegetationen im Alter von 17 bis 24 Jahren aber 188mal vor.



Ohne mich weiter in die Erörterung der Ursachen der Vegetationen einzulassen, will ich, wie ich das am erwähnten Orte näher auseinandergesetzt, verschiedene lang andauernde oder doch wiederholt sich geltend machende Reizungszustände der Genitalien als die Vegetationen bedingende Momente zugeben, möchte aber unter diesen auch und zwar vornehmlich das Smegma genitalium hiezu für befähigt halten, und weit mehr das den fremden Genitalien entstammende als von den eigenen Geschlechtstheilen secernirte, und es könnte vielleicht auch der Quantität und verschiedenen scharfen Qualität desselben, sowie auch der Vermengung des von den beiderseitigen, mit einander geschlechtlichen Umgang pflegenden Individuen abstammenden Smegma eine nicht unwesentliche Rolle in der Aetiologie der Vegetationen zugemuthet werden.

Das Jodoform und seine therapeutische Verwendung.

(Mittheilungen aus der dermatologischen Klinik des **Prof. Pick** in Prag.)

Von

Dr. **Leopold Lažansky,**

Assistenten der Klinik.

Im abgelaufenen Jahre wurde an der Klinik des Prof. Pick das Jodoform neuerdings verwendet und nachdem die damit erzielten Resultate vielfach günstigen Erfolg hatten, eine grössere Versuchsreihe über die therapeutische Verwendung des Mittels bei verschiedenen Methoden angestellt. Herr Prof. Pick hat mich mit der Zusammenstellung der Versuchsreihe betraut und es mir freundlichst überlassen, die Resultate zu veröffentlichen.

Bevor ich auf die Anwendungsweise des Jodoform und die mit demselben auf der Klinik erzielten Erfolge zu sprechen komme, dürfte es vielleicht nicht überflüssig sein, einiges über seine chemischen Eigenschaften mitzutheilen, sowie in Kürze der bisherigen Anwendungsweise desselben Erwähnung zu thun.

Das Jodoform wurde bekanntlich 1822 von Sérullas entdeckt und von ihm Carboneum superjodatum genannt; die chemische Zusammensetzung desselben wurde erst von Dumas erkannt und ist seine chemische Formel analog der des Chloroform und Bromoform $= CHJ_3$; es gehört also wie diese Stoffe zu den Formylverbindungen. Die bis jetzt beste und zugleich einfachste Methode seiner Darstellung ist die nach Filhol aus krystallisirtem kohlensauerem Natron, Alkohol und Jod.



Das Jodoform, auch Formyljodid, Trijodmethan, Methyltrijodur genannt, bildet kleine, schwefelgelbe glänzende Blättchen, die spröde sind und sich fettig anfühlen; sein Geruch, gewöhnlich mit dem von Safran verglichen, ist penetrant, jedoch nicht unangenehm; das specif. Gewicht = 2·0. An der Luft verdampft es schon in geringer Menge und sublimirt bei 100° C.; bei 115° C. schmilzt es unter Zersetzung in seine Bestandtheile, mit Wasserdämpfen lässt es sich jedoch unzersetzt überdestilliren. Zu Lösungsmitteln verhält es sich fast wie Chloroform, indem es sich gar nicht in Wasser, nur schwer in Alkohol, leicht jedoch in Aether und ätherischen Oelen löst. Doppelsalze, Chlor und Brom zersetzen dasselbe; mit Alkalien erhitzt bildet sich das entsprechende Formiat und Alkalijodid, während ein Theil sich mit den Wasserdämpfen verflüchtigt.

Die erste ausführlichere Bearbeitung und Mittheilung über die pharmakodynamische Wirkung des Jodoform liefert Rhigini,[1]) nachdem es bereits Buchardat wegen des reichlichen Jodgehaltes (90%) in die Therapie eingeführt und später auch Morétin, Humbert, A. Maître es als eines der besten Jodpräparate empfahlen. Nach den Versuchen dieser Autoren soll das Jodoform wegen des grossen Jodgehaltes und seiner chemischen Zusammensetzung mehrere Vortheile bieten, und zwar:

1. Soll die Absorption desselben leicht erfolgen, weil es sich zum Organismus als eine organische, daher leicht assimilirbare Substanz verhält.

2. Soll es vor anderen Jodpräparaten den Vortheil haben, dass es keine locale Reizung erzeugt und auch nicht die Zufälle veranlasst, die mitunter das Aussetzen der Jodpräparate erfordern, wie Katarrh der Nasen- und Rachenhöhle, Empfindlichkeit der Brustdrüsen u. s. f.

3. Soll es bei örtlichen Einreibungen und Einstreuungen local anästhetisch wirken, namentlich bei ulcerirenden Stellen. — Bezüglich der allgemein anästhesirenden Wirkung wurden

[1]) Journ. de Brux. XXXV, p. 20 sq. Juillet—Déc. 1862;
„ „ „ XXXVI, p. 45 sq. Janv.—Mars, Avril 1863.



von **Franchini** Versuche an Thieren gemacht und er fand es dem Chloroform und Aether gleichwerthig.

4. Soll durch dessen innerliche Verabreichung die Secretion der Leber, der Speicheldrüsen und Nieren gesteigert, sowie das Eintreten der Menses etwas verfrüht werden.

5. Wird dessen antiseptische Wirkung hervorgehoben; es soll den üblen Geruch von Ulcerationen beseitigen und **Rhigini** empfiehlt es als gutes Desinfectionsmittel.

Nach den von diesen Autoren gemachten Erfahrungen kann das Jodoform ohne Gefahr bis zu 3 grm. innerlich genommen werden und bildet es im Darmcanal theils das unlösliche Jodamylum, theils lösliche Albuminate. Nach grossen Dosen entsteht Jodismus und es stellen sich Erscheinungen ein, ähnlich denen nach Genuss von Narcoticis. Ferner hat auch die ausgeathmete Luft einen eigenthümlichen Geruch. Der Jodoformdampf, in concentrirtem Zustande eingeathmet, soll die Respiration erleichtern und Heiterkeit wie nach Einathmung von Lustgas erzeugen. Bei innerer Verabreichung des Jodoform wurde im Blute, in allen Se- und Excreten und selbst in der ausgeathmeten Luft das Jod deutlich nachgewiesen. Der Harn von mit Jodoform Behandelten soll sich nicht zersetzen, wenn er vor Luftzutritt genügend geschützt ist, was auch als Beweis für die antiseptische Eigenschaft des Jodoform angeführt wird.

Bei äusserlicher Anwendung — als Salbe, Pflaster, Bad — soll das Jodoform blos örtlich und zwar theils reizend, theils calmirend wirken und soll nach **Rhigini** bei dieser Anwendung das Jod in den Se- und Excreten nicht nachweisbar sein, während **Rabuteau**[1] nach Einreibung von Jodoform (1 : 10) Cerat durch 3 Tage im Harne Jod nachweisen konnte. Was speciell die Krankheiten betrifft, in denen das Jodoform theils innerlich, theils äusserlich angeblich mit Erfolg verwendet wurde, so wird deren eine grosse Reihe angeführt und es sind diess besonders folgende:

1. Krankheiten, die als Basis Tuberculose oder Scrophulose haben, ferner Chlorose und Amennorrhoe. Bei Tuberculose

[1]) Gaz. de Paris, 14. 1869.



soll die Hauptwirkung in Beförderung der Resorption von Exsudaten und in Linderung des Hustenreizes bestehen. Verabreicht wurde es da innerlich als Suspension in Emulsio amygdalina oder in einem Gemisch von Eiweiss und Wasser oder in Pillenform.

2. Chronische Drüsenschwellungen und Struma; hier dessen Anwendung sowohl innerlich als äusserlich. Besonders wirksam soll bei Struma die Jodoformsalbe in Verbindung mit dem electrischen Strome sein.

3. Bösartige Ulcerationen, wie Carcinoma uteri, recti, ebenso schmerzhafte Hämorrhoiden und Brandwunden. Bei Uteruscarcinom soll es, nach englischen Aerzten,[1]) innerlich gebraucht, Milderung der Schmerzen und nach Angaben einiger auch Stillstand des Uebels bewirken; ferner sollen Pessarien und Suppositorien von Jodoform und Cacaobutter 1 : 20 eine sehr günstige Wirkung gegen die Schmerzen und den üblen Geruch des Ausflusses bei Krebs des Uterushalses haben. Bezüglich der Schmerzenslinderung bezeichnet es aber Nunn bei innerlichem Gebrauche als unzuverlässig, gibt aber zu, dass seine Kranken schon an den Gebrauch von Morphium sehr gewöhnt waren.

Bei frischen Entzündungen soll es nie angewendet werden. Ebenso haben Demarquay[2]) und Völker[3]) das Jodoform mit bestem Erfolge bei Uteruskrebs angewendet und letzterer hat auch dessen äusserliche Anwendung in flüssiger Form, die nach seiner Angabe mit Hilfe des Saponin dargestellt wird, empfohlen.

4. Chron. Neuralgien, namentlich wenn sie syphilitischer Natur sind; ferner rheumatische Schmerzen. Aeusserlich in alkoholischer Lösung 1 : 100 oder als Salbe und Pflaster.

5. Als Resorbens wird es bei chronischer schmerzhafter Schwellung der Prostata, als calmirendes Mittel bei schmerzhaften Zuständen der Blase in Form von Suppositorien empfohlen.

---

[1]) Greenhalgh und Nunn, Med. Times und Gaz. Febr. 1866.

[2]) Bull. de Thér. LXXII, p. 399. Mai 15. 1867.

[3]) Bull. de Thér. LXXIII, p. 493. Déc. 15. 1867.



6. Krankheiten, die mit constitutioneller Syphilis einhergehen, und auch locale syphilitische Affectionen, sowohl innerlich als äusserlich.

Nunn fand die innerliche Verabreichung von 3 grm. Jodoform pro die sehr nützlich bei syphilitischen Ulcerationen, besonders in Folge zerfallener Gummata.

Besnier[1]) gibt zuerst einige Mittheilungen über die Resultate der Jodoformbehandlung bei primären syphilitischen Affectionen und sollen nach seiner Erfahrung lebhafte Schmerzen durch dasselbe bedeutend gemildert werden; die Narbenbildung erfolge rasch, selbst in Fällen, wo andere Mittel sich als indifferent erweisen. Auch bei Ulcerationen des Collum uteri, der Nasen- und Rachenschleimhaut rühmt er dessen Wirkung. Er applicirte es meist in Pulverform durch Bestreuung, mittelst Tampon oder Inspersion, und findet es indicirt bei stark secernirenden, mehr weniger alten Wunden, wo die Uebernarbung in keiner Weise eintreten will.

Diese Angaben wurden dann auch von Féréol[2]) bestätigt, der noch hervorhebt, dass bei nicht atonischen, leicht blutenden Geschwüren die Salbenform, bei torpiden Geschwüren dagegen die Pulverform anzuwenden sei, und dass es von Vortheil sei, die Wunden dann mit einer luftdichten Bedeckung zu schliessen, um die Verdunstung des Jodoform zu verhüten.

Bozzi[3]) theilt 3 Fälle von Syphilis mit, in denen das Jodoform, einmal subcutan injicirt, zweimal als Bestreuungspulver mit gutem Erfolge angewendet wurde.

Carlo d'Amico[4]) bezeichnet das Jodoform als Specificum bei chronischen, selbst sehr alten venerischen Geschwüren und gibt demselben selbst vor dem energischesten Aetzmittel den Vorzug. Die Behandlungsdauer soll im Minimum einige Tage, im Maximum $3^1/_2$ Monate dauern.

[1]) Bull. général. de Thér. LXXIII, p. 551. Déc. 30. 1867.

[2]) Bull. de Thér. LXXIV, p. 400. Mai 15. 1868.

[3]) Abhandlung des Verf. Mailand, 1870.

[4]) Giornale Ital. delle malat. vener. et delle pelle. An. V. (1870.)



Izard[1]) gibt seine Erfahrungen über die Behandlung venerischer Geschwüre mit Jodoform in folgenden Sätzen:

Das Jodoform führt viel sicherer als alle anderen bisher angewendeten Medicamente zur Uebernarbung syphilitischer Ulcerationen und ist besonders empfehlenswerth bei der Behandlung des weichen Schankers, indem es in schmerzloser Weise die Heilung bewirkt. Einfache oder virulente Bubonen in ihrem Beginne vermag das Jodoform in Salbenform besser zu zertheilen als Vesicatore oder Jodtinctur, und bei eröffneten Bubonen ist es allen Medicamenten als die Uebernarbung befördernde Mittel vorzuziehen, es ist jedoch unfähig, den Phagadenismus zu beschränken. Bei reichlicher Eiterung wirkt viel besser als das Pulver von Jodoform eine Lösung desselben in Glycerin und Alkohol, und zwar 3 Theile Jodoform, 10 Theile Spir. vini. rectif. und 30 Theile Glycerin und ist bei reichlicher Secretion vor der Application des Medicamentes eine Waschung mit Chlorwasser oder Zinksulphat- oder Silbernitratlösung vorzunehmen. Die so schnelle Vernarbung durch das Jodoform erklärt er durch die Einfachheit des Verbandes, welcher die kranken Partien nicht reizt, durch die Absorption der Secrete durch das Jodoformpulver, durch die antiseptische Wirkung des Medicamentes, besonders in Glycerin- und Alkohollösung, endlich durch den Einfluss des Jod, welches im Allgemeinen auf die venerischen Geschwüre besonders günstig einwirken soll. — Neben dem Gebrauche des Jodoform sei jedoch eine allgemeine Behandlung der Syphilis nach den üblichen Methoden nothwendig. Alle diese Angaben wurden in den letzten 2 Jahren auch von Labarthe,[2]) Parrot,[3]) Zeissl[4]) bestätigt, die das Jodoform nicht blos bei syphilitischen torpiden Geschwüren, sondern auch bei reinen Wunden, bei gangränösen Geschwüren, namentlich der Vulva, und bei indolenten Bubonengeschwüren als schnell austrocknend und die Vernarbung befördernd rühmen, und es zu innerlichem Ge-

---

[1]) Nouveau traitement de la maladie vénérienne et des syphilides ulcéreuses par l'iodoforme. Paris, 1871. p. 45.

[2]) Le chancre simple chez l'homme et chez la femme. Paris, 1873.

[3]) Mouvement médical. Novembre 1873.

[4]) Wiener med. Wochenschrift Nr. 46. 15. November 1873.

brauche bei syphilitischen Neuralgien empfehlen. Die neuesten Versuche wurden von Profeta[1]) gemacht. Profeta führt 13 Fälle an, und zwar 2 indurirte Geschwüre und 11 Fälle mit Geschwüren syphilitischer Natur, von denen einige phagaedenisch waren, die alle zu Gunsten der Jodoformbehandlung sprechen. Die Heilung trat überraschend schnell ein, besonders aber, wenn das Medicament frühzeitig angewendet wurde. Den hohen Preis und den angeblich unangenehmen Geruch, an den sich die Kranken bald gewöhnen sollen, hebt er als Schattenseiten des Jodoform hervor. Profeta's Fälle sind in Kürze:

5 Fälle von frischen, multiplen nicht indurirten Geschwüren; Heilung nach 5 — 7 Tagen.

1 Fall von frischen, multiplen, nicht indurirten Geschwüren mit entzündlicher Phimosis; die Phimosis war in 7 Tagen beseitigt, die Heilung trat im Ganzen in 37 Tagen ein.

2 Fälle von alten, multiplen, nicht indurirten Geschwüren; Heilung nach 8 und 23 Tagen.

1 Fall von alten multiplen, nicht indurirten Geschwüren mit Adenitis inguin. sup.; Heilung in 20 Tagen.

2 Fälle von indurirten Geschwüren; Heilung in 32 Tagen.

2 Fälle von phagaedenischer Ulceration nach Bubonen, die sehr lange dauerten; Heilung in 29 Tagen.

Die bisher üblichen Anwendungsweisen waren somit:

Aeusserlich:

1. Die Salbenform. $1/2$—1 Drachme auf 1 Unze Fett.

2. Bestreuung mit dem Pulver, worüber ein in Glycerin getränkter Lappen applicirt wurde.

3. Suppositorien und Pessarien.

4. Eine Suspension zu Kataplasmen oder Tränkung von Tamponen oder subcutanen Injectionen.

5. Blosse Einstreuungen mit dem Pulver.

Innerlich:

1. Pillen in Verbindung mit Ferrum.

2. Suspension in einer Mischung von Eiweiss und Wasser oder einer Emulsio amygdalina.

---

[1]) Annales de Dermatol. et de Syphil. Tome V, Nr. 6. Paris 1873/74.

Was die therapeutischen Erfolge betrifft, die mit dem Jodoform an der Klinik des Prof. Pick erzielt wurden, so können dieselben als ganz befriedigend bezeichnet werden, und ich glaube mit Recht behaupten zu dürfen, dass dieses Mittel gewiss nicht blos des einfachen Versuches wegen in Verwendung kam, um dann wieder fallen gelassen zu werden, dass es sich vielmehr eine bleibende Stellung in der Therapie, besonders der syphilitischen Krankheiten, erworben hat. Die Zahl der Fälle, in denen es bis jetzt in Verwendung kam, beträgt 100 Kranke. Es hätte diese Zahl bedeutend grösser sein können, wenn nicht in vielen Fällen anfangs die bis dahin übliche Therapie eingeleitet und das Mittel gleich im Beginne angewendet worden wäre, wie es in letzter Zeit der Fall war. Es wurde jedoch dieses Mittel keineswegs nur in solchen Fällen gebraucht, bei denen man voraussichtlich ein günstiges Resultat erwarten konnte, es wurden schwere und leichte Fälle dieser Therapie unterworfen, woraus auch erklärlich, dass einige minder günstige Resultate zu verzeichnen sind. Die Krankheitsformen, bei denen das Jodoform an der Klinik bis jetzt in Anwendung kam, sind:

1. Ulcera specifica, und zwar sowohl mit deutlicher Induration als auch ohne deutliche Induration.
2. Ulcerationen nach Bubonen.
3. Exulcerirte und nässende Papeln.
4. Ulcerationen nach zerfallenem Hautgumma.
5. Allgemeine Lues.
6. Ulcera cruris.

Die Anwendungsform war:

Aeusserlich:

1. Die Pulverform.
2. Die Suspension nach Jzard's Angabe.
3. Eine ätherische Lösung (1 : 15) nach Angabe des Prof. Pick.

Innerlich:

Pillen, u. z. 0·1 grm. pro Pille, davon 6—8 Stück des Tages.



Bei Besprechung der therapeutischen Resultate bei den einzelnen mit Jodoform behandelten Krankheitsformen wird dem Resumé über die beobachteten objectiven und subjectiven Symptome und über die Anwendungsweise immer in Kürze ein Auszug aus den einschlagenden Krankengeschichten vorausgeschickt werden, weil durch die Vorführung des Status praesens und Decursus morbi die Wirkungsweise des angewendeten Medicamentes am leichtesten unparteiisch beurtheilt und die demselben in dem grossen Medicamentenschatze anzuweisende Stellung ganz objectiv gewürdigt werden kann.

Um die Krankengeschichten so kurz als möglich geben zu können, beobachtete ich folgende Abkürzungen. Vor- und Zuname sind durch Anfangsbuchstaben bezeichnet, darauf folgt die Alterszahl, dann die Bezeichnung des Standes, und zwar l. = unverheiratet, vrh. = verheiratet, vrw. = verwitwet; dann die Beschäftigung und das Datum des Eintrittes in die Behandlung.

Die Anamnese wurde nur sehr kurz gegeben und vom Status praesens nur das in Rücksicht auf die Jodoformtherapie Wichtige angeführt; Complicationen sind nur angedeutet, mitunter gar nicht angeführt, ebenso wurde von der Therapie dieser Complicationen nichts erwähnt. — Das der Bezeichnung „geheilt“ beigesetzte Datum bezeichnet die Zeit, wann die mit Jodoform behandelten Affectionen geheilt waren. — Kupferverband = ein in einer Lösung von Cupr. sulfur. 1—2 Theile in 100 Theile Wasser getränktes Bäuschchen von Charpiewatta; dasselbe gilt vom Carbolverband und Carbolglycerinverband, wo 1 Theil Carbolsäure in 50 Theilen Wasser oder Glycerin gelöst, als Verbandmittel gebraucht wurde.

1. Ulcera specifica.

Mit Ulcera specifica behaftet wurden der Jodoformbehandlung unterzogen 42 Kranke, und zwar 18 Männer und 24 Weiber.

Die chronologisch nach dem Tag des Eintretens in die klinische Behandlung auf einander folgenden Fälle sind:

1. Fall. Chl. A., 20, l., Magd, zugewachsen 29. Aug. 1874. Angeblich 3 Tage krank, letzter Coitus einige Tage zuvor, noch nie inficirt; ad introitum vaginae und zwischen den Carunkeln tiefgreifende und ausgedehnte Geschwüre specifischer Beschaffenheit, die Inguinaldrüsen wallnussgross geschwellt und schmerzhaft, dabei noch Urethritis und Vaginitis blennorrh. — Auf die Ulcera wurde bis 6. Oct. Kupferverband ohne bedeutenden Erfolg applicirt, von da an Jodoform. -- 20. Oct. Das Geschwür linkerseits fast geheilt, rechts dasselbe noch bohnengross. — 8. Nov. Die Geschwüre geheilt.

2. Fall. A. A., 22, l., Bauer, 16. Sept. 1874. Seit 14 Tagen krank, erste Infection; bei der Aufnahme fand man zahlreiche Papillom. acum. in sulco coron. gland. und eine acute Urethritis, die Inguinaldrüsen haselnussgross geschwellt, die Papill. acum. wurden successive theils mit der Scheere abgetragen, theils mit Carbolsäure geätzt. — 13. Oct. Rechts vom Frenulum ein ziemlich tiefes, speckig belegtes, nicht indurirtes Geschwür, Jodoformpulver. — 17. Oct. Geschwür geheilt.

3. Fall. H. F., 23, l., Taglöhnerin. 14. Sept. Seit 8 Tagen krank. Stat. praes.: An den äusseren Genitalien massenhafte exulcerirte Papeln, ad introitum vaginae, besonders an der hinteren Commissur zahlreiche Excoriationen, Rhagades zwischen den Afterfalten; Vaginitis blennorrh., Excoriationen um den Muttermund, Adenit. univ. indurat. — Therapie: Trockener Verband auf die Excoriationen, Emplastr. hydrarg. auf die Papeln, Alauntampon und Inunctionen. — 10. Oct. An der hinteren Commissur ein Ulcus; wurde durch Kupferverband geheilt. — 23. Oct. Ein Abscess der glandul. Bartholin. links gespalten, nach einigen Tagen daselbst ein speckiges Geschwür, welches wieder durch Kupferverband und Aetzung mit Cupr. sulfur. in Substanz heilte. — 2. Nov. Ein ebensolcher Abscess rechterseits durch Spaltung entleert, auf das daselbst entstandene Geschwür kam wieder die obige Therapie. — 17. Nov. Geschwür ganz unrein, speckig belegt, es wurde Jodoformverband gegeben. — 27. Nov. Geschwür geheilt.

4. Fall. K. F., 15, l., Taglöhnerin. 6. Oct. mit Vaginitis blennorrh. eingetreten, die entsprechend behandelt wurde; Patientin war sehr indolent und hielt sich stets unrein. — 27. Oct. An den Carunculae myrtif. links ein kleines Geschwür. Die Einführung des Speculums wurde ausgesetzt, auf das Geschwür kam Kupferverband

und zeitweise Aetzung mit Cuprum sulf. in Substanz; keine Tendenz zur Heilung. — 12. Nov. Jodoformverband. — 17. Nov. Geschwür rein. — 8. Dec. Geschwür geheilt.

5. Fall. Ž. W., 40, vrh., Taglöhner. 12. Oct. Vor 3 Wochen, etwa 4 Tage post coitum, erkrankt. An der Penishaut sind 4 charakteristische Ulcera specif., jedes von 3 Cm. Längen- und 2 Cm. Breitendurchmesser, ferner multiple kleine Geschwüre am Saume des geschwellten und dadurch stark phimotischen Präputiums, dann noch einige an der Vorderfläche des Scrotums und eines von 5 Mm. Durchmesser an der Innenfläche des rechten Oberschenkels. Auf der Mund- und Rachenschleimhaut zahlreiche Papul. mucosae, Adenit. inguin. indur. Es wurde die Inunctionscur eingeleitet und local Jodoformpulver applicirt. — 30. Oct. waren die Geschwüre geheilt.

6. Fall. B. W., 43, l., Schuhmacher. 30. Oct. Seit 4 Wochen krank. Das ganze Frenulum von einem prägnanten Ulcus specif. mit harter Basis eingenommen, ferner 4 kleinere ebenso beschaffene Geschwüre am Saume des Präputiums, Adenit. inguin. indur. — 1. Nov. wurde Jodoformbehandlung eingeleitet. — 13. Nov. Geschwüre geheilt.

7. Fall. H. J., 18, l., Magd. 1. Nov. Am Introitus vaginae zwischen den Carunkeln ein rundes, aus mehreren kleineren Geschwürchen entstandenes Ulcus specif. von 2 Cm. Durchmesser, Vaginit. blenn., Ad. inguin. indur. Gleich beim Eintritte wurde Jodoformwatta gegeben. — 12. Nov. Geschwüre bis auf eine linsengrosse Stelle übernarbt. — 16. Nov. Wurde wegen Stillstand in der Heilung Jodoformpulver applicirt. — 26. Nov. Geschwür geheilt.

8. Fall. J. W., 25, l., Magd. 9. Nov. Seit 3 Wochen krank. An der rechten Nymphe und von dieser zwischen die Caruncul. myrtiform. sich erstreckend ist ein Geschwür von 2 Cm. Länge und 1·5 Cm. Breite, an der hinteren Commissur ein bohnengrosses und an der linken Nymphe ein rundes 1 Cm. im Durchmesser messendes Geschwür; die Basis bei allen deutlich indurirt; Adenit. ing. sinistra supurativa, Adenit. ing. dextra subacuta, Vaginit. blenn. Auf die Ulcera kam sogleich mit Jodoformsuspension getränkte Watta. — 19. Nov. Vom Rande der Geschwüre Epithelbildung. — 12. Dec. Waren die Geschwüre geheilt.

9. Fall. S. L., 17, l., Commis. 17. Nov. Seit 8 Tagen krank, während dieser Zeit ärztlich behandelt. Starke entzündliche Phimosis,



aus dem Orificium praeput. entleert sich in reichlicher Menge, schmutzig gelber übelriechender Eiter, am Präputialsaume multiple tiefe Ulcera specif., dem Frenulum entsprechend tastet man durchs Präputium einen etwa 3 Mm. langen und 2 Mm. breiten harten Knoten, starke Schmerzhaftigkeit. — 18. Nov. Ausspritzungen des Präputialsackes mit Jodoformsuspension. — 25. Nov. Präputium zurückziehbar und am Frenulum ein 1·5 Cm. langes und 1 Cm. breites Geschwür sichtbar, dessen Basis indurirt. — 27. Nov. Ein klein-papulöses Syphilid am ganzen Stamme. — 7. Dec. Das Geschwür geheilt, mit Zurücklassung einer knorpelharten Induration.

10. Fall. K. E., 19, l., Dirne. 27. Nov. Seit 2 Tagen krank. Am Introit. vagin. 2 kleine Geschwüre von specifischem Charakter. Adenit. inguin. sinist. acut., dextra chronica; Jodoformwatta auf die Ulcera. — 10. Dec. Geschwüre geheilt.

11. Fall. F. Fr., 27, l., Dirne. 29. Nov. Seit 14 Tagen krank. Zwischen den Carunculae rechterseits ein bohnengrosses Geschwür, mit schlaffer, speckig belegter Basis; darauf wurde anfangs Jodoformwatta applicirt, wegen geringen Heiltriebs später Jodoformpulver. — 22. Dec. Das Geschwür geheilt.

12. Fall. K. A., 18, l., Dirne. 29. Nov. Bei der Aufnahme fand man an den Labien und in deren Umgebung zahlreiche exulcerirte Papeln, ferner eine Urethritis und Vaginit. blennorrh. — 18. Dec. war an der Innenfläche der linken Nymphe ein speckig belegtes Geschwür, darauf wurde erst Jodoformwatta, dann Jodoformpulver applicirt. — 5. Jänner. Das Geschwür geheilt.

13. Fall. Z. L., 23, l., Handelsschüler. 5. Dec. Seit 4 Wochen krank; am Innenblatte des Präputiums angrenzend an den Sulcus glandis ein bohnengrosses Geschwür mit knorpelharter Basis; Adenit. inguin. indur. Nach dem applicirten Empl. hydrarg. trat starker Zerfall des Geschwüres ein. — 9. Dec. Wurde statt Empl. hydr. Jodoformpulver auf das Geschwür gestreut, nach 8 Tagen war die Ulceration geheilt, jedoch die Sclerose zurückgeblieben. — 28. Dec. Fand man am ganzen Körper ein maculöses Syphilid, es wurde da die Innunctionscur eingeleitet, während welcher auch die Induration allmälig schwand.

14. Fall. Z. A., 19, l., Dirne. 7. Dec. An der Innenfläche der Nymphen und an der hinteren Commissur multiple linsengrosse Geschwüre, Rhagades ad anum, Adenit. universal; an der Zunge



und dem weichen Gaumen je ein Geschwür. Auf die Geschwüre am Introit. vaginae wurde Kupferverband gegeben, auf die Rhagaden ein in Carbolglycerin getränktes Wattabäuschchen. — 19. Dec. Wurde wegen langsamer Heilung der Kupferverband durch das Jodoformpulver ersetzt. — 31. Dec. Die Geschwüre an der hinteren Commissur geheilt. — 15. Jänner. Waren auch die übrigen Geschwüre geheilt.

15. Fall. Z. R., 22, l., Dirne. 9. Dec. Seit 4 Tagen krank. An der hinteren Commissur ein tiefes Ulc. specif. von 3 Cm. Längen- und 1 Cm. Breitendurchmesser; auf den grossen Labien zahlreiche nässende Papeln, Aden. inguin. chron. An dem Geschwüre wurde gleich die Jodoformtherapie eingeleitet und am 14. Dec. war dasselbe geheilt.

16. Fall. H. K., 19, l., Taglöhner. 9. Dec. Seit 3 Wochen krank. Das Präputium stark geschwellt, phimotisch, an dessen Saume multiple, hanfkorn- bis linsengrosse tiefe und speckig belegte Geschwüre; im Präputialsacke massenhaft Eiter angesammelt, das Epithel der Glans macerirt, im Sulcus coronalis 4 bohnengrosse Geschwüre mit indurirter Basis. Adenit. inguin. multiplex indurata. Auf die Geschwüre im Sulcus coronal. wurde Jodoform gegeben, die am Präputialsaume wurden blos durch Charpiewatta trocken gehalten. — 14. Dec. Wurde auf letztere, da sie grösser wurden, auch Jodoform applicirt. — 16. Dec. Waren eben diese Geschwüre bis auf stecknadelkopf- bis hanfkorngrosse, nicht übernarbte Reste geheilt; es waren nun deutliche multiple Knoten vorhanden. — 23. Dec. Waren die Ulcera im Sulcus geheilt, es wurde nun mit dem Jodoform ausgesetzt. Die Geschwürchen am Präputialsaume vergrösserten sich jedoch, nach 5 Tagen wurden sie wieder mit Jodoform verbunden. — 18. Jänner. Waren die Geschwüre geheilt.

17. Fall. D. J., 18, l., Dirne. 13. Dec. Seit 14 Tagen krank. An den kleinen Labien zahlreiche Papillomata acuminata, 2 linsengrosse Ulcera am Introitus vaginae, Vaginitis blennorrh. Die eingeleitete Jodoformtherapie brachte die Ulcera trotz der inzwischen eingetretenen Menses und dabei intercurrirender Oophoritis am 7. Jänner zur Heilung.

18. Fall. W. J., 21, l., Student. 15. Dec. Seit 5 Tagen krank, vor einem halben Jahre wegen Adenit. ing. sup. auf der Klinik



gelegen. Rechts vom Frenulum 2 linsengrosse Ulcera specif.; dieselben durch Jodoformbehandlung 4. Jänner geheilt.

19. Fall. B. P., 23, l., Taglöhner. 19. Dec. Seit 4 Wochen krank, während dieser Zeit schon ärztlich behandelt worden. Das Präputium ödematös, in demselben an der oberen Peripherie ein haselnussgrosser Abscess, der am Innenblatte durch 2 Oeffnungen aufgebrochen ist, im Sulcus coronalis, diesem Präputialabscess entsprechend, ein Ulcus specif., von dem man mit der Sonde auf 1 Cm. weit unter den Präputialwulst gelangt; Adenit. inguin. multipl. Die zwischen beiden Abscessöffnungen befindliche Brücke wurde gespalten und mit Carbolsäurelösung verbunden. Der nun grosse Substanzverlust reinigte sich zwar, die Granulationen sind jedoch schlaff, daher den 30. Dec. Jodoform applicirt. — 8. Jänner. War die Höhle fast ausgefüllt. — 13. Jänner. Wurde das Jodoform ausgesetzt und nur trocken verbunden. — 18. Jänner. Ganz geheilt mit Zurücklassung eines Knotens.

20. Fall. M. J., 29, l., Schlosser. 19. Dec. Früher mit Ulcus specif. indur. und Papeln an der Glans in Behandlung gewesen, mit der Sclerose aus der Behandlung entlassen worden; vor 4 Monaten bildete sich an der Induration ein Geschwür, welches trotz ärztlicher Behandlung grösser wurde und nach 4 Wochen bildete sich daneben noch ein Geschwür. Bei der Aufnahme fand man am Saume des Präputiums zwei flache Geschwüre mit erhabener, sclerosirter Basis. Mittelst der Jodoformtherapie war eines der Geschwüre den 8. Jänner, das andere den 22. Jänner geheilt; die Induration, welche schon unter dem Jodoform sich bedeutend zurückbildete, wurde dann durch Empl. hydrarg zum Schwinden gebracht.

21. Fall. K. A., 35, l., Taglöhnerin. 28. Dec. Seit 5 Wochen krank. Grosse Labien ödematös, an denselben zahlreiche exulcerirte Papeln, an der Innenfläche der kleinen Labien, an der vorderen und hinteren Commissur und zwischen den Caruneulae multiple Ulcer. specif., die theilweise mit einander confluiren. Vaginit. blenn., Adenit. universal. Mit der Jodoformbehandlung waren dieselben 11. Jänner geheilt.

22. Fall. H. J., 19, l., Commis. 3. Jänner. Seit 3 Wochen krank. An der Penishaut ein rundes Geschwür von 1·5 Cm. Durchmesser. Die Basis schlaff, erhaben und indurirt, Inguinaldrüsen



geschwellt, schmerzhaft. Jodoformverband. — 23. Jänner. Das Geschwür geheilt mit Zurücklassung einer Induration.

23. Fall. D. F., 24, l., Müller. 7. Jänner. Erste Infection, vor 3 Wochen letzter Coitus, seit 14 Tagen krank. Im Sulcus coronalis 4 linsen- bis bohnengrosse Ulcera mit aufgeworfenen, zerfressenen und unterminirten Rändern, die Basis hart, speckig und uneben. Adenit. inguin. multipl. indur. Die Jodoformbehandlung brachte die Ulcera am 19. Jänner zur Heilung, die Sclerose war deutlich, aber weniger umfangreich. Von den Geschwüren wurde den 9. Jänner an 3 Stellen des linken Oberschenkels abgeimpft, schon am 10. Jänner fand man Pusteln, aus denen sich Schanker entwickelten, die sehr bösartig wurden und durch die Jodoformtherapie erst nach 30 Tagen geheilt waren. Im weiteren Verlaufe folgten constitutionelle Symptome.

24. Fall. M. M., 17, l., Dirne. 9. Jänner. Seit 1 Woche krank. Zwischen den Carunculae myrtif. ein linsengrosses Ulc. specif., Vagin. blennorh. Durch Bestreuung mit Jodoformpulver das Geschwür 13. Jänner geheilt.

25. Fall. J. B., 21, l., Magd. 9. Jänner. Seit 4 Wochen krank. An der Innenfläche beider Nymphen je ein bohnengrosses Geschwür. Vagin. blennorrh., Adenit. ing. sinist. supur., et dextra chron. Durch Jodoformpulver die Geschwüre nach 5 Tagen geheilt.

26. Fall. S. M., 18, l., Dirne. 15. Jänner. Schon wiederholt inficirt gewesen, die jetzige Affection seit 5 Tagen bemerkt. An der hinteren Commissur und von da sich unter die Carunkeln weiter erstreckend 2 Ulcera specif. von 1 Cm. Durchmesser; einzelne Papill. acum. an den Nymphen. Unter Kupferverband heilten die Geschwüre in 7 Tagen; inzwischen trat am Rande der linken Nymphe ein Knoten auf, der rasch zerfiel und nach 6 Tagen war unter der Jodoformbehandlung sowohl die Ulceration als der Knoten selbst geheilt.

27. Fall. H. A., 18, l., Dirne. 23. Jänner. Seit 9 Tagen krank, zum wiederholten Male inficirt. Am Introit. vaginae linkerseits ein sehr tiefes, erbsengrosses Ulc. specif., Syph. cut. maculosa, Adenit. universal., Erscheinungen von Lues am Velum. Unter Jodoformbehandlung das Geschwür 4. Februar geheilt.

28. Fall. O. J., 70, vrh., Drahtbinder. 25. Jänner. Angeblich nie inficirt gewesen, die gegenwärtige Affection seit 8 Tagen



bemerkt. Präputium ödematös geschwellt, phimotisch, an dessen Saume sind 5 von einander getrennte, an der Oberfläche exulcerirte Knoten; aus dem Orificium präput. entleert sich massenhaft Eiter, am Dorsum penis ein harter Lymphgefässstrang zu tasten. Adenit. inguin. indur. Anfangs wurden durch einige Tage kalte Umschläge, Ausspritzungen des Präputialsackes mit Kupferlösung und Kupferverband auf die Geschwüre angewendet. Da jedoch die Heilung wenig von Statten ging, wurde 5. Febr. das Jodoform auf die Geschwüre aufgestreut. — 15. Febr. Waren die Geschwüre mit Hinterlassung harter Knoten geheilt. Trotzdem wurde das Jodoform noch angewendet und zwar in ätherischer Lösung, weil das Pulver an den trockenen Knoten nicht genügend haftete. — 26. Febr. war die Eichelspitze schon sichtbar, aber das Präputium konnte der eingelagerten Knoten wegen noch nicht zurückgezogen werden. — 1. März. war auch diess bewerkstelligt, indem sich die Knoten zum grössten Theil rückbildeten.

29. Fall. P. D., 21, l., Dirne. 27. Jänner. Seit 5 Tagen krank. Am Introit. vaginae rechts ein linsengrosses Ulc. specif.; durch Jodoformpulver am 3. Februar geheilt.

30. Fall. P. M., 24, l., Nähterin. 2. Februar. Seit 14 Tagen krank. Am Introit. vaginae an verschiedenen Stellen 6 kleine Ulcera specif., Adenit. ing. chron. Durch Jodoformbehandlung am 15. Febr. geheilt.

31. Fall. B. J., 18, l., Dirne. 4. Februar. Seit 16 Tagen krank. An der hinteren Commissur und der linken Nymphe je ein Geschwür, Papeln an den Labien, Adenit. univ. Wegen vorhandener Menses wurde erst 6. Febr. Jodoform auf die Geschwüre applicirt, dieselben 16. Febr. geheilt.

32. Fall. W. J., 25, l., Bräuer. 8. Februar. Vor 3 Wochen 3 Tage post coitum erkrankt. An der äusseren Penishaut ein speckig belegtes, schlaff granulirendes Geschwür von 2·5 Cm. Längen- und 2 Cm. Breitendurchmesser, die Ränder steil, aufgeworfen, zerfressen und unterminirt. Adenit. inguin. indur. Es wurde sogleich die Jodoformbehandlung eingeleitet, nach 4 Tagen war das Geschwür rein und 20. Febr. geheilt.

33. Fall. H. W., 31, l., Fleischhauer. 12. Februar. Vor 9 Monaten einen Schanker gehabt, vor 4 Wochen letzter Coitus, und 1 Woche darauf die jetzige Affection. An der Penishaut 3 Geschwüre



von je 3 Mm. Durchmesser und 2 von je 6 Mm. Durchmesser, ferner am Innenblatte des Präputiums 3 hanfkorngrosse Geschwüre. Im Sulcus coronalis einzelne Papillom. acuminata. Anfangs wurde Carbolverband angewendet; wegen langsamer Heilung vom 24. Febr. an mit Jodoform verbunden. — 1. März. Waren die Geschwüre geheilt.

34. Fall. M. M., 18, l., Dirne. 14. Febr. Vom 9. Jänner bis 4. Febr. mit Ulc. specif. und Vaginit. blennorrh. in Spitalsbehandlung gewesen; seit 4 Tagen wieder krank. An der hinteren Commissur ein rundes Ulc. specif. von 5 Mm. Durchmesser, Blennorrhoe der Vagina und des Cervicalcanals, Urethritis, Inguinaldrüsen geschwellt. Durch die Jodoformtherapie war das Geschwür 23. Febr. geheilt.

35. Fall. T. A., 25, l., Tapezierer. 14. Febr. Seit 4 Tagen krank. Am Innenblatte des Präputiums 2 erbsengrosse Geschwüre; die Inguinaldrüsen geschwellt. Unter Jodoformbehandlung die Ulcera 27. Febr. geheilt.

36. Fall. R. A., 34, l., Tischler. 22. Febr. Vor 3 Wochen wurden die Geschwüre, und zwar erst 14 Tage nach dem Coitus bemerkt. Präputium ödematös, Glans geschwellt, am Innenblatte des Präputiums mehrere Geschwüre von 5 Mm. 1 Cm. Durchmesser, die Basis derselben speckig belegt, die Ränder unterminirt und zerfressen. Unter Jodoformbehandlung den 1. März die Geschwüre geheilt.

37. Fall. P. F., 21, l., Taglöhnerin. 26. Febr. Seit 14 Tagen krank, nachdem sie früher wegen Ulcera specif. durch einige Wochen in Spitalsbehandlung war. An den Afterfalten und zwischen denselben tiefe, speckig belegte Geschwüre. Anfangs wurde durch 2 Tage mit Carbolglycerin verbunden, später mit ätherischer Jodoformlösung. — 16. März. Geheilt.

38. Fall. J. J., 30, vrh., Taglöhner. 26. Febr. Vor 3 Wochen letzter Coitus, 12 Tage darnach die Ulcera bemerkt. Im Präputialsacke massenhaft Eiter, das Innenblatt des Präputiums und die Corona glandis excoriirt, am Innenblatte 2 speckig belegte Geschwüre von $^1/_2$ Cm. Durchmesser, deren Basis hart anzufühlen, Inguinaldrüsen geschwellt. Unter Bestreuungen mit Jodoformpulver waren die Geschwüre 7. März geheilt, ohne Hinterlassung einer Induration.

39. Fall. P. K., 21, l., Dirne. 2. März. Seit 3 Tagen krank. An der hinteren Commissur ein tiefes Ulcus specif. von $^1/_2$ Cm. Durchmesser. — Am 10. März dasselbe unter Jodoformbehandlung geheilt.

40. Fall. S. M., 21, l., Magd. 2. März. Schon wiederholt inficirt gewesen, jetzt seit 6 Tagen krank. An der Innenfläche der rechten Nymphe ein seichtes Geschwür von $^1/_2$ Cm. Durchmesser, an den Carunculae myrtif. mehrere Excoriationen, Blennorrhoe des Cervicalcanals. — 5. März. Das Ulcus unter Jodoform geheilt. Darauf allgemeine Lues.

41. Fall. K. A., 20, l., Dirne. 16. März. Seit 4 Tagen krank. Am Introitus vaginae zwischen den Carunculae myrtif. 2 runde Geschwüre von $^1/_2$—1 Cm. Durchmesser mit speckig belegter Basis und zerfressenen, unterminirten Rändern; an der Vaginalschleimhaut und am Muttermunde Papeln. — 27. März. Waren die Geschwüre unter Jodoformbehandlung geheilt.

42. Fall. A. F., 25, l., Bauer. 26. März. Vor 14 Tagen, etwa 3 Tage nach dem Coitus erkrankt, bisher keine Therapie. Das stark geschwellte Präputium über die Glans nicht zurückziehbar, aus dem Orificium praeputii entleert sich viel Eiter. Am Präputialsaume multiple speckig belegte Geschwüre, dem Frenulum entsprechend tastet man von aussen einen harten, bohnengrossen Knoten, an der oberen Fläche des Penis ein harter Lymphgefässstrang bis zur Peniswurzel zu tasten, die Inguinaldrüsen geschwellt, hart. Durch Einspritzungen von ätherischer Jodoformlösung in den Präputialsack war die Phimose nach 11 Tagen behoben, die Geschwüre rein, schon vom Rande aus heilend, und nach weiteren 6 Tagen waren dieselben geheilt.

Die mittlere Behandlungsdauer betrug 14·5 Tage, die kürzeste 2, die längste 35 Tage. Die Zahl der Fälle, wo die Jodoformbehandlung vom Anfang an durchgeführt wurde, beträgt 32, die Fälle, wo eine andere Therapie voranging und diese wegen geringer oder keiner Heilwirkung durch die Jodoformbehandlung ersetzt wurde, sind 10. Kein Fall ist zu verzeichnen, wo das Jodoform, von Anfang in Anwendung gebracht, sich als unwirksam erwiesen hätte. Der Unterschied zwischen Ulcera specif. mit oder ohne vorhandener oder sich später entwickelnder Induration wurde stets genau verzeichnet. Es ergibt



sich, dass Ulcera specif. mit ausgeprägter Induration wohl unter der Jodoformbehandlung ebenso schnell geheilt wurden, wie die weichen Schanker, dass aber die blos locale Anwendung des Jodoform auf die Rückbildung der Induration von geringem, gewöhnlich von gar keinem Einflusse war. Was die Symptome betrifft, die nach Anwendung des Jodoform auf Ulcera specif. beobachtet wurden, so äusserte der Kranke gewöhnlich bei der ersten Application einen als beissend bezeichneten Schmerz, der aber nicht heftig war, stets nach einigen Secunden aufhörte und bei den folgenden Applicationen immer geringer wurde, um nach 3—4maliger Anwendung nicht mehr aufzutreten.

Die Geschwürsfläche wurde, wenn sie mit einem speckigen Belag bedeckt war, schon nach der ersten Anwendung reiner, deren Eiterproduction gering und nach der zweiten bis dritten Application fanden wir schon die Basis von frischen Granulationen bedeckt, die Ränder weniger infiltrirt, flach, und von denselben Epithelneubildung ausgehend. War in Folge von Geschwüren am Präputium eine entzündliche Phimose vorhanden, so schwand dieselbe nach fünf- bis sechstägiger Einspritzung der Jodoformsuspension oder der ätherischen Jodoformlösung in den Präputialsack soweit, dass das Präputium leicht zurückgeführt werden konnte. — Sowohl bei weichen als bei indurirten Geschwüren konnte selbst bei kleinen Geschwürsflächen 12 Stunden nach der Bestreuung mit dem Jodoformpulver das Jod deutlich im Harne nachgewiesen werden. Der Nachweis wurde nach der bekannten sehr empfindlichen Methode mittelst Schwefelkohlenstoff, Schwefelsäure und salpetrigsauerem Kali geliefert. Die Anwendungsweise des Jodoform bei Ulcera specifica geschah:

1. In Pulverform in Fällen, wo man mit dem mit Jodoformpulver imprägnirten Haarpinsel das Geschwür leicht erreichen konnte, oder auch in Fällen, wo anfangs die Suspension oder ätherische Lösung applicirt wurde, dann aber der Heiltrieb ein geringerer war. Ueber das aufgestreute Pulver wurde Guttaperchapapier und Charpiewatta oder blos letztere gegeben. Der Verband wurde gewöhnlich einmal in 24 Stunden gewechselt.



2. In Suspension (2—3 grm. : 30 grm. Glycerin : 10 grm. Alkohol) in den Fällen, wo das Jodoform in Höhlen einzuspritzen war, also bei Ulcerationen im Präputialsack mit Phimosis complicirt, oder wo wegen versteckter Lage des Geschwürs ein mit der Suspension getränktes Wattabäuschchen applicirt werden musste.

3. In ätherischer Lösung 1 : 15 oder 1 : 30 in Fällen, wo man das Geschwür mittelst eines Haarpinsels oder einer feinen Spritze berieseln wollte, was namentlich bei tiefen Rhagaden in der Afterspalte der Fall war.

2. Ulcerationen nach Bubonen.

Von den mit vereiterten und geschwürigen Bubonen behafteten Individuen führen wir 13 mit Jodoform behandelte Fälle an, die folgende Verhältnisse darboten:

1. Fall. M. K., 19, l., Magd. 20. Oct. 1874. Vor Kurzem wegen Ulcus specif. in Spitalsbehandlung gewesen, das gegenwärtige Leiden wird seit 14 Tagen bemerkt. An der Innenfläche der rechten Nymphe und an der hinteren Commissur je ein $1^1/_2$ Cm. grosses Ulcus specif.; Rhagaden zwischen den Afterfalten, Vaginit. blenn., Blennorrhoe des Cervicalcanals, Adenit. inguin. chron. Während der Behandlung entwickelte sich eine Adenit. inguin. suppurativa dextra. — Den 3. Nov. wurde der Bubo gespalten, anfangs daselbst durch fünf Tage der Carbolverband angewendet, dann wurde mit der Jodoformsuspension berieselt und nachdem sich die Abscesshöhle etwas ausgefüllt hatte, das Jodoformpulver aufgestreut. — 20. Dec. Geheilt.

2. Fall. S. J., 23, l., Bahnbeamter. 1. Nov. Vor 17 Tagen, 4 Tage nach dem Coitus, ein Ulcus am Frenulum bemerkt, bis jetzt nicht ärztlich behandelt worden und seiner Beschäftigung nachgegangen. Die schmerzhafte Drüsenschwellung in der linken Leiste wird seit 4 Tagen bemerkt. — Bei der Aufnahme war am Frenulum ein weiches in Heilung begriffenes Geschwür und in der linken Leiste eine wallnussgrosse, fluctuirende Drüsengeschwulst. Diese wurde 4. Nov. eröffnet durch eine Woche Carbolverband, dann Jodoformpulver gegeben. — 18. Nov. Geheilt.

3. Fall, N. J., 49, vrh., Taglöhner. 13. Nov. Vor 2 Wochen wurden einige Tage nach dem Coitus am Präputium mehrere Geschwürchen und Pusteln bemerkt. — Präputium stark phimotisch geschwellt, an dessen Rändern multiple Ulcera specif., aus dem Orificium präput. entleert sich massenhaft Eiter. An der Peniswurzel links eine wallnussgrosse fluctuirende Geschwulst, von der sich längs des Dorsum penis ein harter, schmerzhafter Lymphgefässstrang zieht. Der Bubonulus entleerte sich 17. Nov. spontan, nach einigen Tagen wurde die Oeffnung erweitert und die Ränder abgetragen. Durch 2 Tage wurde Carbolverband und vom 1. Dec. an Jodoform angewendet. — 23. Nov. War die Ulceration vernarbt. Die Geschwüre am Präputium und die Phimose waren unter Jodoformbehandlung in 10 Tagen geheilt.

4. Fall. S. J., 19, l., Korbflechter. 1. Dec. Erste Infection; seit 4 Wochen besteht das Ulcus am Präputium, die linksseitigen Inguinaldrüsen sind seit einer Woche schmerzhaft. Am Präputialsaume ein erbsengrosser, exulcerirter, harter Knoten, am Frenulum ein bohnengrosses indurirtes Geschwür, in der linken Leistenbeuge eine taubeneigrosse, harte Drüsenintumescenz, die Haut darüber normal und gut verschiebbar. Da trotz der resorbirenden und zertheilenden Mittel die Drüse vereiterte, wurde sie 9. Dec. eröffnet, bis zum 19. Dec. Carbolverband, dann Jodoform applicirt. — 28. Dec. Geheilt.

5. Fall. F. J., 23, l., Gärtner. 28. Dec. In Folge einer früheren Infection eine Adenit. inguin. suppurat. dextra vor 2 Jahren überstanden; 14 Tage nach acquirirtem Ulcus specif. entstand der jetzige, bereits 4 Wochen bestehende Bubo. — Am Innenblatte des Präputiums gruppirte Papillom. acuminata, am Frenulum eine Narbe, in der rechten Leistenbeuge ein faustgrosser, aus mehreren Knollen bestehender Bubo, darüber die Haut entzündet, starke Schmerzhaftigkeit, deutliche Fluctuation. Durch Punction der isolirten Drüsentumoren wurde der Eiter entleert, die Septa der Drüsen mit der Sonde zerstört und ein Schlussverband angelegt. Nach einigen Tagen wurde wegen neuerlicher Entzündung und starker Eiterung in der Tiefe die Oeffnung erweitert, mit einer Lösung von schwefelsaurem Kupfer ausgespritzt und Kupferverband angewendet. Die Eiterung und Entzündung nahm ab, doch musste 25. Jänner ein abermals gebildeter Drüsenabscess punktirt werden. — Den 3. Febr. wurde,

da die Eiterung spärlich, das Drüsenpaquet aber gross und hart war, der Kupferverband durch das Empl. hydrarg. ersetzt und, da sämmtliche tastbare Drüsen geschwellt waren, die Inunctionscur eingeleitet. Da die Ulceration keine Tendenz zur Heilung zeigte, wurde dieselbe vom 19. Febr. an mit Jodoformäther täglich einmal berieselt, die darauf folgende stärkere Eiterung sistirte in wenigen Tagen und am 7. März war das Bubogeschwür geheilt.

6. Fall. L. W., 27, l., Taglöhner. 28. Dec. Erste Infection. Vor 4 Wochen trat 14 Tage nach dem Coitus eine schmerzhafte Schwellung der linksseitigen Leistendrüsen auf, die im Laufe weiterer 14 Tage zunahm, wo dann an 2 Stellen sich der Eiter spontan entleerte; die kleinen Durchbruchstellen verschmolzen in Kürzem zu einer grossen Ulceration. An der Glans, am Innenblatte des Präputiums und im Sulcus coronalis etwa 7 bis linsengrosse Geschwüre specifischen Charakters. In der linken Leistenbeuge eine 5 Cm. lange, 1 Cm. breite klaffende Wunde, deren Ränder starr, infiltrirt, unterminirt und zerfressen, die Basis uneben und stark eiternd, die umgebende Haut entzündet, die benachbarten Drüsen geschwellt. — Durch 2 Tage wurde sowohl auf das Bubogeschwür als auf die Ulcera am Penis Carbolverband gegeben, dann die Wundwinkel etwas erweitert und überall die Jodoformbehandlung eingeleitet. — Den 5. Jänner waren die Geschwüre an dem Penis bereits geheilt, die Ulceration in der Leiste war 1. Febr. vernarbt.

7. Fall. M. W., 29, l., Maurer. 30. Dec. Vor Kurzem mit sehr grossen Geschwüren nach eröffneten faustgrossen Bubonen im Krankenhause gelegen; einige Tage nach der Entlassung trat an den noch nicht genügend festen Narben wieder Eiterung und Schmerzhaftigkeit auf. Beiderseits in den Leistenbeugen etwa 3 Cm. lange, eingezogene Narben, deren gegen die Bauchdecken liegenden Ränder eingerollt und unterminirt sind; bei Abhebung dieser Ränder entleert sich viel Eiter und man findet dann eine flache, schlaff granulirende Wundfläche. Es wurde rechts ein kleiner Hohlgang gespalten, dann beiderseits mit Jodoform behandelt. — 1. Febr. war Patient geheilt.

8. Fall. J. J., 20, l., Lehrer. 11. Jänner. Vor 2 Jahren eine Urethritis mit beiderseitiger Epididymitis und rechtsseitiger Adenit. inguinal. suppurativa überstanden. Das jetzige Leiden rührt von einem vor 9 Wochen ausgeübten Coitus, indem 8 Tage darauf ein Ulcus



sich bildete und 4 Wochen später eine starke Leistendrüsenschwellung auftrat. — In der linken Leistenbeuge ein faustgrosser, derber und sehr schmerzhafter Drüsentumor, darüber die Haut stark entzündet, jedoch keine deutliche Fluctuation nachweisbar. Anfangs wurden Umschläge von Plbum. acet. bas. sol. gemacht, den 14. Jänner der Eiter durch einen 6 Cm. langen Schnitt entleert, bis 27. Jänner Carbolverband angewendet und von da an Jodoformpulver. — 24. Febr. war eine glatte, weiche Narbe vorhanden.

9. Fall. L. F., 24, l., Müller. 17. Jänner. Vor 4 Monaten wurde der Patient von Ulcera specif. und einem Bubonulus an der Peniswurzel geheilt von der Klinik entlassen, in den Leistenbeugen waren jedoch die Drüsen etwas intumescirt. Vor 10 Wochen sind die inzwischen gebildeten Bubonen in beiden Leistenbeugen spontan aufgebrochen und der linksseitige Bubo unter häuslicher Behandlung geheilt. Vor 8 Tagen letzter Coitus. — Im Sulcus coronalis eine 2 Cm. lange und 1 Cm. breite an der Oberfläche exulcerirte Sclerose, am Penis und in der linken Leiste mehrere Narben; in der rechten Inguinalgegend ein grosses Paquet wallnussgrosser Drüsen, über denselben die Haut an 2 Stellen durchbrochen, von denen aus man mit der Sonde 2 Cm. weit unter die Haut gelangt und aus denen sich beim Drucke blutig-tingirter Eiter entleert. Auf die Induration und die Drüsenaffection wurde Empl. hydrarg. gegeben, dabei beständige Vereiterung der tiefen Drüsen; später wurde auch die Inunctionscur eingeleitet. — Den 22. Febr. wurde die unterminirte Haut gespalten und die Wunde mit Jodoform behandelt. — 7. März war die Ulceration geheilt und die Drüsenschwellung zurückgegangen.

10. Fall. F. E., 17, l., Magd. 19. Jänner. Vor 4 Tagen letzter Coitus, seit 2 Tagen krank. An den grossen Labien zahlreiche Papeln, an der hinteren Commissur und zwischen den Carunkeln 3 Ulcera specif., Adenit. inguin. indur., Urethritis, Vaginitis blennorrh. Die Geschwüre, anfangs mit Kupferverband ohne erheblichen Erfolg behandelt, wurden später ebenso wie die Condylome mit Jodoform verbunden; inzwischen trat starke Schwellung der Inguinaldrüsen auf und am 6. Febr. wurde in der rechten Inguinalfalte ein Bubo eröffnet. In die Abscesshöhle wurde täglich einmal die Jzard'sche Jodoformsuspension injicirt und am 9. März war das



Bubogeschwür geheilt, während die ursprünglichen Ulcera und Papeln schon am 13. Febr. geheilt waren.

11. Fall. V. A., 18, l., Dirne. 6. Febr. War schon wiederholt inficirt und in Spitalsbehandlung; die jetzige Affection dauert 3 Wochen. Bei der Aufnahme fand man: Vulvitis, Ulcera specif., Vaginitis blennorrh., und in der linken Leistenbeuge eine wallnussgrosse, deutlich fluctuirende Drüsengeschwulst, die Haut über derselben entzündet und verdünnt. Der Bubo wurde durch Punction entleert, die Ulceration dann täglich 2mal mit Jodoform verbunden. — 27. Febr. War das Drüsengeschwür geheilt. Die Ulcera specif. waren auch mit Jodoform behandelt und bald zur Heilung gebracht.

12. Fall. K. J., 25, l., Schneider. 16. Febr. War bereits durch 5 Wochen wegen seines Leidens in einem Spitale behandelt, die Adenitis inguinal. dauert somit bereits 9 Wochen; ein derselben vorhergegangenes Ulcus soll nicht dagewesen sein. An Stelle des abgängigen Frenulums ist eine stramme Narbe, in der linken Inguinalgegend eine 3 Cm. lange klaffende Schnittwunde, die Ränder verdickt, hart, unterminirt und eingekrämpt, die Basis stark eiternd und speckig belegt. Im äusseren oberen Winkel der Ulceration gelangt man mit der Sonde 7 Mm. weit unter die Haut. Die Drüsen der Umgebung stark geschwellt. Die eingekrämpten Ränder wurden mit der Scheere abgetragen und dann wurde mit Jodoform verbunden. — 5. März. Wurden einzelne üppige Granulationen abgekappt. — 9. März. Die Ulceration mit Hinterlassung einer glatten Narbe geheilt.

13. Fall. B. A., 24, l., Diurnist. 2. März. Die linksseitige Adenit. inguinalis soll 10 Tage nach acquirirtem Ulcus entstanden sein und in den 3 Wochen ihres Bestehens sich zusehends vergrössert haben. — Bei der Aufnahme fand man: Urethritis, Ulcera specif. am Frenulum und an der Glans, ferner in der linken Leistengegend eine über faustgrosse fluctuirende Drüsengeschwulst, die Haut über derselben stark entzündet, verdünnt, nicht verschiebbar. Der Bubo wurde gleich gespalten, man fand dann eine grosse Abscesshöhle, deren Ränder ringsherum auf 3—4 Cm. weit unterminirt und stellenweise auch starr infiltrirt waren. Es wurde 2mal des Tags mit Jodoformäther berieselt. — Den 7. April war unter dieser Behandlung an Stelle des Bubo eine etwas hypertrophische,



aber geschmeidige Narbe. Die Ulcera am Penis waren unter der Jodoformbehandlung bereits 16. März geheilt.

Wie aus den angeführten Krankengeschichten ersichtlich, war der therapeutische Erfolg des Jodoform sehr günstig, namentlich aber in den Fällen von Bubonengeschwüren, wo der Drüsenabscess entweder an der Klinik gespalten wurde oder schon eröffnet zur Beobachtung kam, und darauf mit anderen Mitteln wie Kupferverband, Carbolverband, Empl. hydrarg. u. dgl. die Vernarbung angestrebt wurde, jedoch ohne erheblichen Erfolg. In diesen Fällen führte die dann eingeleitete Jodoformbehandlung gewöhnlich überraschend schnell zum Ziele. Man fand da schon nach einigen Tagen das tiefe, stark eiternde Bubogeschwür sichtlich verändert; die Eiterung wurde gering, die Geschwürsbasis war von frischen, strammen Granulationen bedeckt, die früher verdickten und gewulsteten Ränder wurden geschmeidig, legten sich allmälig an und näherten sich in dem Masse, dass oft nach einer 2—3 Cm. breiten Wunde eine fast lineare glatte Narbe entstand. Waren die Ränder nicht unterminirt, so entstand gewöhnlich eine glatte, feste, dabei geschmeidige lineare Narbe. Stark unterminirte und dabei eingekrämpte Ränder wurden gewöhnlich vor oder auch während der Jodoformbehandlung mit der Scheere abgetragen und es bildete sich dann eine glatte, feste und flache Narbe. Wurden aber die unterminirten Ränder nicht abgetragen, so wurde die Narbe derb, etwas hypertrophisch, nahm jedoch durch nachherige Application von Emplastr. hydrarg. an Volumen ab und wurde geschmeidiger; die Heilung war aber in diesen Fällen immer um einige Tage verzögert. Angewendet wurde das Jodoform in diesen Fällen, namentlich wenn die Ränder unterminirt waren und die Abscesshöhle eine grosse war, in flüssiger Form, und zwar meist als ätherische Lösung; später nachdem sich die Höhle mit Granulationen ausgefüllt und die Ränder sich angelegt hatten oder abgetragen wurden, kam das Jodoformpulver in Verwendung. Vor jeder Application wurde die Geschwürsfläche gründlich gereinigt und nach der Application ein Schlussverband mittelst Kautschukpapier, Charpiewatta und Rollbinde angelegt und dieser, wenn die Eiterung nicht zu profus war, 24 Stunden



liegen gelassen. Die mittlere Behandlungsdauer betrug 22·3 Tage, die kürzeste 6, die längste 42 Tage.

3. Exulcerirte und nässende Papeln.

Bei exulcerirten und nässenden, breit aufsitzenden und über das Niveau stark prominirenden Papeln, wie sie theils isolirt, theils confluirt an den äusseren Genitalien, in den Genitocruralfalten, am Perineum und in der Afterspalte oft sehr massenhaft vorkamen, wurden mit Jodoform ebenfalls sehr gute Heilerfolge erzielt, indem dieselben zumeist in 5—20 Tagen so zur Heilung gebracht wurden, dass nur eine leichte Erhabenheit oder blosse Pigmentirung zurückblieb; die mittlere Behandlungsdauer betrug 13·4 Tage. Die Krankengeschichten der 10 so behandelten Fälle sind in Kürze in chronologischer Reihenfolge nachstehende:

1. Fall. Z. J., 16, l., Magd. 21. Jänner 1875. Zum ersten Male inficirt, angeblich seit 3 Monaten krank. An der Aussen- und Innenfläche der stark geschwellten und harten grossen Labien, in den Schenkelfalten, am Perineum und in der Afterspalte zahlreiche, über das Niveau erhabene, breite und an der Oberfläche macerirte Papeln, zwischen welchen stellenweise Rhagaden vorkommen. Starke Vaginit. blennorrh., Adenit. universal. indur., Schleimpapeln im Munde und Rachen. Die Papeln an der Haut wurden mit Jodoformpulver bestreut und waren 10. Februar gänzlich geheilt. Die allgemeine antisyphilitische Behandlung bestand in subcutanen Sublimatinjectionen.

2. Fall. R. K., 27, l., Magd. 27. Jänner. Patientin ist im 3. Monat schwanger, gegenwärtiges Leiden soll 8 Wochen dauern. Die grossen und kleinen Labien, das ganze Hypogastrium, die Leistenbeugen, das Perineum und die Afterspalte von breiten theils flachen theils elevirten Papeln wie besäet, die Oberfläche derselben theils macerirt, theils exulcerirt; zwischen diesen breiten Codylomen und in deren Umgebung, besonders zahlreich am Mons veneris und dem Hypogastrium, waren massenhaft papillom. Wucherungen deren Oberfläche sehr macerirt und stark eiternd. In den Leistenbeugen und zwischen den Afterfalten tiefe Rhagaden, Vaginit. blennorrh.,



Papeln an der Vaginalportion, Adenit. universal., Syphil. cutan. maculo papulosa. Es wurde die Einreibungscur eingeleitet und die Papeln der Jodoformbehandlung unterzogen. — Am 23. März waren sowohl die Condylom. lata als auch die papillom. Wucherungen bis auf Pigmentreste geheilt.

3. Fall. P. K., 18, l., Magd. 14. Febr. War schon wiederholt inficirt, das gegenwärtige Leiden angeblich seit mehreren Monaten bestehend; in dieser Zeit hat Patientin ein todtes, ausgetragenes Kind geboren und darnach einen Puerperalprocess durchgemacht; die Affection im Halse wurde von ihr erst seit 4 Tagen bemerkt. — Bei der Aufnahme fand man zahlreiche macerirte, im Centrum exulcerirte Papeln an den Labien, ferner am Introitus vaginae drei Ulcera specif.; die Inguinaldrüsen hart, geschwellt, ebenso die übrigen tastbaren Drüsen; am Stamme ein papulo-pustulöses Syphilid, an der Mund- und Rachenschleimhaut Schleimpapeln. Es wurden subcutane Sublimatinjectionen angewendet, zu gleicher Zeit die Papeln an der Schleimhaut mit Lapislösung geätzt und die Erscheinungen an den Genitalien mit Jodoform behandelt. — Am 1. März waren die Geschwüre und Papeln an den Genitalien geheilt. Die andere Therapie musste noch fortgesetzt werden.

4. Fall. P. M., 56, vrh., Taglöhner. 16. Febr. Seit 5 Wochen fühlt sich Patient krank, das Oedem des Präputiums und der Penishaut besteht erst 14 Tage. Die übrigen anamnestischen Daten sind unverlässlich. Bei der Aufnahme fand man: Zahlreiche confluirte, nässende und breit aufsitzende Papeln im ganzen Sulcus coronalis und an der Corona glandis; das Präputium paraphimotisch, ödematös geschwellt, in seiner unteren Peripherie ein haselnussgrosser harter Knoten zu tasten. Auch in der durch die Paraphimose gebildeten Schnürfurche sind Papeln, ebenso längs der unteren Fläche des Penis, an der Vorderfläche des Scrotums, in der Leistenbeuge und Afterfalte. Am Frenulum ein speckig belegtes Geschwür, die Inguinaldrüsen sehr geschwellt, am ganzen Körper ein maculöses Syphilid. — Am 17. Febr. begann die Jodoformbehandlung der localen Erscheinungen und am 24. Febr. waren Papeln und Geschwür bis auf Pigmentreste geheilt, das Oedem des Präputiums war zurückgegangen und der in demselben eingebettete Knoten deutlich zu tasten. Die allgemeine antisyphilitische Behandlung wurde erst am



5. März mit subcutanen Sublimatinjection begonnen, weil das Zahnfleisch früher entzündet und locker war.

5. Fall. H. A., 25, l., Dienstmagd. 16. Febr. Seit 9 Tagen sich krank fühlend, früher angeblich noch nicht inficirt gewesen. — An den grossen Labien zahlreiche exulcerirte aber flache Papeln, Vaginitis blennorrh. mit Excoriationen der Vaginalschleimhaut und der Vaginalportion, Katarrh des Cervicalcanals. Durch die Jodoformtherapie waren die Papeln nach 6 Tagen beseitigt.

6. Fall. V. M., 25, l., Magd. 16. Febr. Schon wiederholt inficirt gewesen, gegenwärtig seit 2 Monaten krank. — An den äusseren Geschlechtstheilen und deren Umgebung fand man einzelne breite, aber sehr elevirte und nässende Condylome, Schleimpapeln am weichen Gaumen, Vaginit. blennorrh. Eine zehntägige locale Anwendung des Jodoformpulvers brachte die Condylome ganz zum Schwinden.

7. Fall. V. C., 20, l., Kutscher. 28. Febr. Die gegenwärtige Affection dauert 4 Monate und trat 11 Wochen nach dem inficirenden Coitus auf. Bei der Aufnahme waren im Sulcus coronalis einzelne discrete, am Perineum und in der Afterspalte zahlreiche stark macerirte und nässende Papeln. — Unter Jodoformbehandlung waren die Papeln den 7. März geheilt.

8. Fall. H. M., 23, l., Magd. 2. März. Stand vom 22. Oct. bis 10. Dec. wegen Papeln an den äusseren Geschlechtstheilen in Spitalsbehandlung und wurde damals mit Empl. hydrarg. behandelt. Die gegenwärtigen, angeblich 3 Wochen bestehenden Papeln sind an den Prädilectionsstellen in grosser Zahl, jedoch meist isolirt; an der Oberfläche sind dieselben exulcerirt und nässend. Einzelne nässende Papeln auch in der linken Nasolabialfalte; Schleimpapeln an den Tonsillen und dem Velum, Vaginitis blennorrh., virulenter Katarrh des Cervicalcanals mit Excoriationen am Muttermunde, Adenit. universal. Nach 16 Tagen der Jodoformbehandlung waren die Papeln an den Genitalien bedeutend flacher und überhäutet; dann wurde noch durch 4 Tage auf dieselben Emplastr. hydrarg. applicirt, wodurch dieselben ganz beseitigt wurden.

9. Fall. P. A., 27, l., Dirne. 30. März. War wegen verschiedener venerischer Affectionen schon wiederholt ärztlich behandelt; gegenwärtig angeblich seit 1 Woche krank. An den Labien und in den Genitocruralfalten mehrere stark elevirte und macerirte

Condylomata lata. Unter Jodoformbehandlung waren dieselben nach 10 Tagen geheilt.

10. Fall. T. K., 20, l., Dirne. 5. April. War wiederholt inficirt, gegenwärtig seit 14 Tagen krank. An den grossen und kleinen Labien zahlreiche isolirte, an der Oberfläche nässende breite Condylome, die über das Niveau stark erhaben sind; Papulae mucosae an der Mund- und Rachenschleimhaut; Papillomata acum. am Scheideneingange, Urethritis, Adenit. universal. In 6 Tagen waren die Condylome durch Jodoform beseitigt.

In dem zweiten der angeführten Fälle, wo ausser den zahlreichen dicht gesäeten und breit aufsitzenden Papeln an den grossen und kleinen Labien und in den Schenkelfalten auch noch am ganzen Mons veneris und darüber hinauf eine so starke papilläre Bindegewebswucherung stattfand, so dass die ganze Fläche mit dicht gedrängten Vegetationen bedeckt war, an deren Oberfläche starke Eiterung stattfand, wurde anfangs das Jodoformpulver, später die ätherische Lösung täglich einmal aufgetragen. Die Eiterung hörte bald auf, die Vegetationen trockneten ein und schrumpften so, dass die früher succulenten und wie aneinander geklebt erscheinenden Papillome nun isolirt waren. Später liessen sich dieselben ohne Schmerz und Blutung leicht mit den blossen Fingern ablösen und es blieb darunter eine glatte, nur etwas pigmentirte Hautfläche zurück. In diesem Falle nahm jedoch die Heilung 54 Tage in Anspruch.

Bemerkt muss jedoch werden, dass durch Application des Empl. hydrarg. in vielen Fällen ebenso gute Resultate in gleicher Zeit erzielt wurden und dass letztere Medication bei der Behandlung der Condylomata lata oft bequemer ist. Wenn aber die Papeln zwischen den Schamhaaren sitzen, dann ist die Jodoformbehandlung immer vorzuziehen, weil sich da das Jodoform als ätherische Lösung besser appliciren lässt als jedes andere Mittel.

Einen ganz vorzüglichen Ersatz für das Emplastrum hydrarg. bietet aber das Jodoform bei solchen Kranken, die Quecksilberpräparate wegen bald auftretender Stomatitis mercurialis oder Eczema hydrargyricum nicht vertragen, bei denen also das Empl. hydrarg. gar nicht in Verwendung kommen kann.

Was die Anwendungsmethode des Jodoform bei Behandlung der Papeln betrifft, so wurden dieselben, solange sie exulcerirt oder nässend waren, einmal in 24 Stunden mit dem Pulver bestreut, darüber wurde blos Charpiewatta gelegt; sobald die Oberfläche derselben trocken war, wurden sie, da das Pulver dann an ihnen nicht mehr haften blieb, mit der ätherischen Lösung berieselt, wo dann durch schnelle Verflüchtigung des Aethers eine fein vertheilte, fest haftende Jodoformlage an der Oberfläche liegen blieb. Eine Schmerzhaftigkeit wurde bei dieser Behandlung fast nie bemerkt.

4. Ulcerationen nach zerfallenem Hautgumma.

Nach den mit Jodoform behandelten Fällen zu schliessen, muss auch hier ein günstiges Resultat verzeichnet werden. Von zwei Fällen lassen wir die Krankengeschichten etwas ausführlicher folgen:

Der 1. Fall betraf einen 43jährigen, verheiratheten Sattler. Vor 20 Jahren hatte er einen Schanker, der bald geheilt war; in den letzten 4 Jahren war er 4 Mal im Spital, immer mit Ulcerationen am Penis oder der Haut, u. zw. soll zum erstenmal, ohne jede Infection, an der Glans und dem Orific. urethrae ein Geschwür aufgetreten sein, nach dessen Heilung sich wieder bald Geschwüre an der unteren Peripherie des Penis, am Scrotum und der Aussenseite des rechten Oberschenkels bildeten, die dann noch 2 mal recidivirten. Die jetzige Geschwürsbildung soll 6 Monate dauern; es bildeten sich kleine harte Knoten an der Penishaut, die zerfielen und zu grossen Geschwüren sich ausbildeten. Bei der Aufnahme am 30. Sept. 1874 fand man: Die untere Hälfte des Präputiums zu einem derben, grossen Wulst umwandelt, sonst nur exulcerirte Rudimente desselben vorhanden; die Glans verkümmert, der Rest derselben nach links verzogen; die ganze Penishaut gleich einem einzigen Geschwüre, mit nur einzelnen lividen und unterminirten Hautbrücken; die Geschwürsbasis uneben, speckig belegt, schlaff granulirend; die Ränder aufgeworfen, verdickt, zerfressen und unterminirt; an der von Narben durchsetzten Vorderfläche des Scrotums

ebenso beschaffene Geschwüre; am rechten Oberschenkel eine grosse dunkel pigmentirte Narbe, leichte Adenitis universalis. — Therapie und Verlauf: Carbolverband bis zum 7. Oct., dann Jodoform, weil das Geschwür sich nicht reinigte und an den Rändern neuerdings Zerfall eintrat. — 26. Oct. Hat sich der Zerfall begrenzt, die Geschwüre reiner. — 7. Nov. Gute Granulationsbildung, von einzelnen Rändern schon frische Epithelbildung. — 23. Nov. Wurden die stark unterminirten und abstehenden Ränder abgetragen, dann mit Kali causticum in Substanz geätzt. Nach Abstossung der Schorfe wieder Jodoformeinstreuungen; die Geschwüre vernarbten bald, aber es bildeten sich wieder an anderen Stellen Knoten, die auch zerfielen und unter Jodoform wieder heilten. Dadurch wurde aber die Glans so rudimentär und verzerrt, dass das Orific. urethrae abnorm gelagert erschien und unkenntlich wurde. — Vom 10. Jänner 1875 wurde innerlich Jodkalium 2 scrupl. des Tags verabreicht und dabei local immer Jodoform applicirt. — 14. Februar. Wieder ein kleiner Knoten am Orif. urethrae zerfallen, daher von da an der Urin mittelst Katheter entleert. — 22. Febr. War der Patient geheilt, der Penis war zu einem sehr kleinen, von glatten Narben durchzogenen Stumpf eingeschrumpft. Die Heilung erfolgte somit nach $4^1/_2$ Monaten.

Der 2. Fall betraf einen 27jährigen, verheiratheten Bergmann von gesunden Eltern, seine Kinder ebenfalls gesund; er war angeblich nie inficirt, litt jedoch häufig an Schnupfen; von Schmerzen im Halse hat er nie etwas verspürt. Vor 16 Monaten sei an der Nasenspitze eine Geschwulst entstanden und spontan aufgebrochen, von wo aus sich die Ulceration nach oben gegen das rechte Auge, nach unten gegen die rechte Wange und Oberlippe ausbreitete. Bei der Aufnahme am 29. Nov. 1874 fand man die Nase ganz eingefallen, rudimentär, von lauter Narbengewebe gebildet, die Nasenscheidewand nur durch eine schmale und kurze Hautbrücke angedeutet, die Nasenlöcher sehr klein, der mittlere Theil der Oberlippe fehlend, die ganze rechte Wange von der Oberlippe und dem Mundwinkel angefangen in ein tiefes Geschwür umwandelt, dessen Basis mit jauchigem necrotischem Gewebe bedeckt, ganz uneben und zerklüftet ist, die Ränder aufgeworfen, starr infiltrirt, unterminirt und buchtig. Ein ebensolches Geschwür zieht sich unterhalb des rechten,

stark ödematösen unteren Augenlides zur Augenbraue und daselbst noch einen Theil des oberen Augenlides einnehmend; ausserdem noch ein kleines Geschwür inmitten einer strammen, strahligen Narbe der linken Wange. Die Uvula abgängig, der weiche Gaumen perforirt und wie die hintere Pharynxwand von Narben durchsetzt. Larynxbefund normal. — Am 1. Dec. wurde mit Verabreichung von Jodkalium 2 scrupl. pro die begonnen und das necrotische Gewebe entfernt. — 8. Dec. Die Geschwüre an der Wange mit Kali causticum in Substanz geätzt, dann daselbst Carbolverband applicirt. Auf das Geschwür unterhalb des Augenlides wurde denselben Tag mit Jodoformeinstreuungen begonnen. — 14. Dec. wurden die unterminirten und abstehenden Ränder des letzteren Geschwüres mit der Scheere abgetragen und am 23. Dec. war dieses Geschwür ganz geheilt, nachdem ein Theil desselben schon eine Woche früher übernarbt war. Das Geschwür an der Wange war am 30. Dec. geheilt. Die Heilung erfolgte somit bei dem mit Jodoform behandelten Geschwüre in 15 Tagen, bei dem mit Kali causticum geätzten in 22 Tagen.

In beiden angeführten Fällen hat sich das Jodoform als ein Mittel bewährt, das die Eitersecretion herabsetzt, rasche Granulationsbildung und Ausfüllung des Geschwüres herbeiführt und die Uebernarbung beschleunigt. Freilich muss auch ein grosser Theil des günstigen Erfolges auf Rechnung des in ziemlich grossen Dosen verabreichten Jodkalium gesetzt werden.

Für das Jodoform spricht hier namentlich der 2. Fall, wo das eine Geschwür mit Kali causticum geätzt und nach Abstossung des Schorfes als Verbandwasser eine Lösung von Carbolsäure verwendet wurde, während das andere, das von derselben Beschaffenheit war, nur mit Jodoform behandelt wurde und doch um eine Woche früher geheilt war, als das erstere. Nicht ausser Acht zu lassen ist aber dabei auch, dass mit der Jodoformbehandlung die kolossalen Schmerzen, wie sie eine Aetzung, namentlich mit Kali causticum, erzeugt, erspart wurden.



5. Allgemeine Lues ohne Ulcerationen an der Haut.

Bei 20 Kranken, bei denen eine allgemein antisyphilitische Behandlung indicirt war, wurde zu diesem Zwecke das Jodoform innerlich verwendet, und zwar unter denselben Bedingungen, wo sonst Jodkalium gegeben würde. In einigen Fällen von Anfang an, wo dann auch die Behandlung damit beschlossen wurde, bei anderen Fällen erst nach einer durchgeführten Einreibungscur oder nach einer Reihe von subcutanen Sublimatinjectionen. In keinem Falle sahen wir uns bisher veranlasst, die Bekämpfung der Lueserscheinungen mittelst innerlicher Verabreichung von Jodoform durch ein anderes antisyphilitisches Heilverfahren zu ersetzen. Man konnte auch schon a priori annehmen, dass das Jodoform bei seinen 90 % Jodgehalt (Jodkalium hat blos 76%) gewiss von allen Jodpräparaten eines der wirksamsten antisyphilitischen Heilmittel sein dürfte. Wir sahen auch nach dessen innerlicher Verabreichung grossknotige Hautsyphilide, Exostosen und Knochenauftreibungen, Exulcerationen in der Nasenhöhle, am weichen und harten Gaumen, im Pharynx und Larynx zugleich bei entsprechender Localbehandlung rascher zur Heilung kommen und intensive syphilitische Neuralgien, einmal eclatant bei einem schon 4 Jahre mit schwerer Syphilisform behafteten und wiederholt verschieden behandelten Greise nach wenigen Dosen gänzlich aufhören.

Dass das Jodoform innerlich verabreicht irgend welche Störungen in der Function der Verdauungsorgane oder des Gefäss- und Nervensystems hervorgebracht hätte, ist nicht vorgekommen. Nur in einem Falle traten zeitweilig Diarrhöen auf, die nach Aussetzung des Jodoforms bald wieder aufhörten. Bei derselben Patientin dauerte auch während der Jodoformbehandlung die Menstruation einige Tage länger, als es angeblich sonst der Fall war. Andere unangenehme Erscheinungen, wie sie oft bei Verabreichung von Jodpräparaten vorzukommen pflegen, wurden bei innerlicher Anwendung des Jodoform bisher nicht beobachtet. Wiederholt wurde aber das Auftreten einer reichlichen Jodakne gesehen.



6. Ulcera cruris.

Bei Ulcus cruris wurde das Jodoform in 11 Fällen angewendet, die ebenfalls in Kürze hier Platz finden mögen:

1. Fall. B. M., 63, verw., Taglöhnerin. 3. Nov. Die Patientin lag schon wiederholt wegen ihres jahrelang bestehenden Leidens in verschiedenen Krankenhäusern und das letzte Mal im vergangenen Jahre durch 7 Monate auf unserer Abtheilung mit 3 grossen und mehreren kleinen Geschwüren des rechten Unterschenkels. Gegenwärtig fand man bei der Aufnahme die Haut des ganzen rechten Unterschenkels derb, gespannt, glänzend, ganz von callösen Narben und zahlreichen Varicositäten durchsetzt, mit der Muskulatur und dem Knochen fest zusammenhängend. In dieser so veränderten Haut waren theils an den Knöcheln, theils der Crista tibiae entsprechend 5 Geschwüre verschiedener Grösse — von 2—8 Cm. Längen- und 1—5 Cm. Breitendurchmesser — deren Basis und Ränder die bekannte Beschaffenheit eines chronischen, wiederholt recidivirten und sehr vernachlässigten Geschwüres am Unterschenkel hatten. Unter dem Jodoformverbande waren die Geschwüre schon den 15. Nov. ganz rein und weniger torpid. — Den 23. Dec. war selbst das grösste der Geschwüre geheilt, es bildete sich aber in dessen Nähe nach einem aufgebrochenen Varix ein neues Geschwür. Dies wiederholte sich bei den meisten der Geschwüre, daher konnte die Kranke erst den 12. März 1875 von jeder Ulceration frei, entlassen werden.

2. Fall. J. K., 67, l., Taglöhnerin. 19. Nov. Am linken Unterschenkel bestehen 2 Geschwüre bereits 3 Jahre und diese wurden nie ganz zur Heilung gebracht. Bei der Aufnahme war die Haut des ganzen linken Unterschenkels derb, gespannt und lividroth, in derselben 3 torpide Geschwüre von 8—11 Cm. Längen- und 4 - 5 Cm. Breitendurchmesser eingelagert. Am rechten Unterschenkel war die Haut ähnlich beschaffen wie links und daselbst waren 2 thalergrosse atonische Geschwüre. Ausserdem waren mehrere kleinere Geschwüre an beiden Unterschenkeln zerstreut. Die Therapie bestand, wie auch im vorhergehenden Falle, in ruhiger Lage und Jodoformverband. — Den 20. Jänn. waren alle Geschwüre übernarbt.

3. Fall. W. W., 51, l., Taglöhner. 29. Nov. Vor 12 Jahren hat Patient eine Fractur der linken Tibia erlitten, dieselbe war bald geheilt. Das Geschwür am linken Unterschenkel, der fracturirten Stelle entsprechend, besteht bereits 3 Jahre und lag Patient desswegen vor 1 Jahre durch 2 Monate im Krankenhause. In letzter Zeit war er wegen eines acuten Darmkatarrhs auf einer internen Abtheilung behandelt worden. Stat. praes.: Die Haut in den unteren 2 Dritttheilen des linken Unterschenkels gespannt, livid, über dem Knochen und den Muskeln nicht verschiebbar; an der Vorderfläche des Unterschenkels ein Geschwür, das von einer Seite zur anderen 13 Cm., von oben nach unten 10 Cm. misst; die Granulationen desselben grobkörnig, intensiv roth, stark eiternd, die Ränder niedriger als die Basis und von ähnlicher Beschaffenheit wie die umgebende Haut. — Es wurde auf das Geschwür Jodoformpulver gestreut und den 2. Dec. wurden, da die Granulationen etwas niedriger und strammer waren, 6 kleine, vom Patienten abgenommene Hautstücke implantirt, die gut haften blieben und von deren Peripherie etwas frisches Epithel sich bildete. Inzwischen und nachher wurde das Jodoform theils als Pulver, theils als Lösung applicirt, die Eiterung war zwar mässig, aber die Granulationen zeigten keine wesentliche Tendenz zur Ueberhäutung. Nur die mit den implantirten Hautstücken bedeckte Stelle und ihre nächste Umgebung war übernarbt. Es wurde dann noch den 13. Jänner mit Argent. nitr. geätzt, und da das Geschwür trotzdem ganz torpid war, vom 20. Jänner Kupferverband applicirt und, nachdem die Granulationen lebhafter roth wurden, wieder zur Implantation geschritten. Es wurden dann die einzelnen Winkel und Buchten des Geschwüres successive mit 10—15 Hautstückchen ausgefüllt, wovon immer wenigstens 2 Drittel haften blieben, sich unter einander und mit den Geschwürsrändern vereinigten, so dass das Geschwür am 28. März von einer Seite zur anderen 6 Cm. und von oben nach unten 4 Cm. mass. Auch dieser noch nicht übernarbte Theil wurde nur durch Implantation geheilt, weil die daselbst versuchte Heilwirkung des Jodoform und auch anderer Mittel nicht zum Ziele führte. — Ende April war endlich das Geschwür ganz übernarbt, die Narbe war jedoch livid roth, zart und über dem Knochen und der Muskulatur nicht verschiebbar.



4. Fall. S. V., 28, l., Taglöhner. 9. Dec. Das Geschwür am linken Unterschenkel trat zum ersten Male vor 8 Jahren nach Aufbruch eines entzündeten Varix auf, wurde im Laufe der Jahre wiederholt zur Heilung gebracht, um über kurz oder lang wieder aufzugehen. — Stat. praes.: Das 5 Cm. lange, 3 Cm. breite und 0·5 Cm. tiefe Geschwür befindet sich oberhalb des linken inneren Knöchels inmitten einer entzündeten, narbig verdickten Haut und hat die gewöhnlichen Charaktere eines chronischen und torpiden Fussgeschwüres. Es wurde blos mit Jodoform behandelt. — Den 15. Dec. war die Basis schon bedeutend erhöht ausgefüllt, die Eiterung spärlich. — Den 9. Jänn. war das Geschwür ganz geheilt.

5. Fall. S. J., 24, l., Lebzelter. 23. Dec. An beiden Unterschenkeln traten vor 13 Jahren zum ersten Male Geschwüre auf, die seitdem nur 2 Mal wieder recidivirten. — Stat. praes.: Am linken Unterschenkel 3 runde Geschwüre von 0·5—1·5 Cm. Durchmesser; dieselben sind flach, die umgebende Haut callös, verdickt, jedoch verschiebbar. Am rechten Unterschenkel sind Narben. Es wurde anfangs das Unguent. diachyl. applicirt und eine Rollbinde angelegt; die Geschwüre reinigten sich wohl, zeigten aber keinen Heiltrieb. — Den 3. Jänner wurden 6 Hautstückchen implantirt. keine Haftung. — Den 6. Jänner wurde mit Jodoform verbunden. — 11. Jänner. Geschwüre geheilt.

6. Fall. K. F., 54, vrh., Weber. 1. Jänner 1875. Vor 15 Jahren bildete sich am linken Unterschenkel nach Berstung eines Varix ein Geschwür, das unter ärztlicher Behandlung bald heilte. Im Verlaufe der Zeit recidivirte das Geschwür 3 Mal und brauchte es zur jedesmaligen Vernarbung einen Zeitraum von 3—7 Monaten. Jetzt ist dasselbe bereits $^1/_2$ Jahr offen und soll sich in den letzten 14 Tagen sowohl der Fläche als der Tiefe nach rasch vergrössert haben. Der Patient war sonst stets gesund und ist auch jetzt ganz rüstig und kräftig. — Stat. praes.: An der Vorderfläche des linken Unterschenkels ist ein quer über der Crista tibiae liegendes Geschwür, das 8 Cm. von rechts nach links, 3·5 Cm. von oben nach unten und 0·5 Cm. in die Tiefe misst; die umgebende Haut sehr callös, von varicösen Venen durchsetzt, Ränder steil zugeschnitten, livid roth, Basis schlaff und ganz trocken. Die tiefen Lymphdrüsen unter dem Ligament. Poupartii stark geschwellt. Die ersten Tage

wurde Carbolverband und vom 4. Jänn. an Jodoformpulver applicirt. — Den 18. Jänner hatte das Geschwür von einer Seite zur anderen 6 Cm., von oben nach unten 2·5 Cm. Ausdehnung. — Den 10. Febr. war das Geschwür geheilt und es wurde jetzt blos das squamöse Eczem der Umgebung behandelt.

7. Fall. C. F., 45, vrh., Schlosser. 7. Jänner. Vor 4 Jahren traten an beiden Unterschenkeln mehrere Pusteln auf, aus denen Geschwüre entstanden, die oft wieder recidivirten. — Stat. praes.: Am rechten Unterschenkel sind 4 Geschwüre, u. zw. das grösste ist 7 Cm. lang und 3 Cm. breit, dann 3 runde Geschwüre, davon 1 von 3 Cm. Durchmesser und 2 sind kreuzergross. Am linken Unterschenkel ist ein ovales Geschwür, 5 Cm. lang und 4 Cm. breit, und ausserdem mehrere kleinere. Sämmtliche Geschwüre sitzen in callösem Gewebe, haben eine unebene, schmutzig-grau belegte Basis, die Granulationen sind schlaff und grobkörnig, die Ränder steil, scharf und aufgeworfen. An den Unterschenkeln ist die Haut stark geschwellt und geröthet, sehr schuppend und von zahlreichen braunrothen Borken bedeckt; darunter ist starkes Nässen. Die Venen varicös ausgedehnt, die Leisten- und Schenkeldrüsen intumescirt. Die Geschwüre am rechten Unterschenkel wurden mit Jodoform, die links mit Kupferverband behandelt. — Den 29. Jänn. waren rechts die Geschwüre übernarbt, den 1. Febr. auch die links. Zugleich mit den Geschwüren wurde auch das Eczem behandelt. — 18. Febr. Bildete sich an der Stelle des grössten Geschwüres linkerseits ein Blutextravasat, darauf wieder Geschwürsbildung und nach wenigen Tagen Heilung. Des Eczems wegen lag der Patient noch längere Zeit auf der Klinik.

8. Fall. J. S., 33, vrh., Zimmermann. 9. Jänn. Vor 20 Wochen entwickelte sich am rechten äusseren Knöchel eine grosse Pustel, dabei schwoll der ganze Fussrücken bedeutend an. Das daraus entstandene Geschwür wurde nach 14wöchentlicher ärztlicher Behandlung geheilt. Seit 14 Tagen ist die Narbe wieder aufgebrochen. — Bei der Aufnahme war vom rechten äusseren Knöchel angefangen und über den Fussrücken sich erstreckend ein ganz unregelmässiges Geschwür, beiläufig so gross und ähnlich geformt wie ein Eichenblatt; die Ränder desselben derb und steil, die Basis uneben, schlaff, die umgebende Haut narbig verdickt und entzündet, die rechts-



seitigen Leistendrüsen schmerzhaft und geschwellt. Anfangs wurden kalte Umschläge applicirt und vom 11. Jänn. an mit Jodoform verbunden und darüber zur Erweichung der narbigen Umgebung ein Unguentum gelegt. — Den 15. Febr. war das Geschwür geheilt.

9. Fall. L. S., 48, vrh., Taglöhner. 26. Febr. Die Geschwüre am Unterschenkel bestehen bereits 12 Jahre und wurden in dieser Zeit nur einmal durch entsprechende Behandlung zur Heilung gebracht; die jetzige Grösse sollen sie wieder seit 4 Monaten haben. — Stat. praes.: An den unteren 2 Dritttheilen des linken Unterschenkels die Haut livid, ganz callös, an der Aussenseite desselben sind 3 durch schmale Hautbrücken von einander getrennte Geschwüre von 4·5—6 Cm. Längen- und 2·5—3·5 Cm. Breitendurchmesser. Die Basis der Geschwüre schlaff, derb und schlüpfrig, die Ränder hoch, scharf und callös. Nach 31 Tagen waren die Geschwüre unter der Jodoformbehandlung geheilt.

10. Fall. C. M., 75, vrh., Taglöhnerin. 10. März. Das Geschwür dauert bereits mehrere Jahre, war auch wiederholt geheilt. Seit 1 Monat ist es wieder aufgebrochen. — Stat. praes.: Die Haut der unteren Hälfte des linken Unterschenkels callös verdickt, nicht verschiebbar und stark entzündet; inmitten des entzündeten Hauttheiles ist ein Geschwür von 8 Cm. Länge und $3^1/_2$ Cm. Breite, die Basis desselben schlaff, theils speckig belegt, theils stark angilirt, die Ränder hoch und callös. Unter Jodoformverband war das Geschwür den 3. April geheilt.

11. Fall. H. F., 73, vrw., Taglöhnerin. 12. März. Das Geschwür entwickelte sich aus einer vor $^1/_2$ Jahre entstandenen Pustel. — Stat. praes.: Die Venen an beiden Unterschenkeln varicös ausgedehnt, unterhalb des rechten Malleolus extern. inmitten einer geschwellten und gerötheten Haut ein rundes Geschwür von 2 Cm. Durchmesser, dessen Basis speckig belegt, schlaff, die Ränder callös. — Unter der Jodoformbehandlung war das Geschwür den 2. April geheilt.

Die Ulcera cruris waren 5 Mal bei Kranken mittleren Alters (24—48 Jahre), 6 Mal bei Kranken vorgeschrittenen Alters (50—70 Jahre) mit Jodoform behandelt. Bei den meisten dieser Patienten waren die Geschwüre von bedeutender Grösse und bestanden gewöhnlich mit geringen Unterbrechungen schon

mehrere Jahre. Sämmtliche Fälle waren wiederholt recidivirt und die Umgebung und die Ränder callös verdickt, über den Muskeln und Knochen nicht verschiebbar, die Basis tief, speckig belegt, ganz schlaff.

Die von Anfang an durchgeführte Jodoformbehandlung hatte in 9 Fällen zur Uebernarbung geführt, u. zw. in Zeiträumen zwischen 8—60 Tagen, meist jedoch zwischen 20—40 Tagen, in einem Falle, wo eben das Geschwür im Längendurchmesser 13 Cm., im Breitendurchmesser 10 Cm. mass, wurde damit keine Heilung erzielt. Doch ist zu bemerken, dass dieser Kranke ganz marastisch war, an Lungenemphysem mit Bronchialkatarrh und beim Eintritte ins Spital auch an acutem Darmkatarrh litt.

Wie aus der Anwendungsweise des Jodoform bei den einzelnen Krankheitsformen, namentlich den Ulcerationen, ersichtlich ist, und wie ferner die Resultate dieser Anwendungsweise bei den verschiedenen Krankheitsfällen zeigen, hat die Jodoformbehandlung vor anderen Medicationen den Vorzug:

1. dass die Behandlungsdauer in der Mehrzahl der Fälle eine wesentlich kürzere ist;

2. dass die Behandlungsmethode eine sehr handliche und desshalb auch in der Privatpraxis leicht durchführbare ist. Dies gilt sowohl von dem Jodoformpulver als in höherem Masse noch von der ätherischen Lösung des Jodoform;

3. dass die Jodoformbehandlung, trotz des noch ziemlich hohen Preises des Medicamentes (gleich dem des Chinin) nicht kostspieliger ist als eine andere Behandlungsweise, weil bei entsprechender Anwendungsmethode von dem Medicamente sehr wenig verbraucht wird. Es wurde nämlich das Jodoformpulver nicht als krystallinische Blättchen, wie es im Handel vorkömmt, sondern in sehr fein verriebenem Zustande angewendet, so dass zur vollständigen Deckung der Geschwüre nur geringe Mengen verbraucht wurden. Noch geringer war der Verbrauch bei Verwendung der ätherischen Lösung, wobei



überdiess die Vertheilung des Jodoform eine bessere und gleichmässigere ist, indem sich nach rascher Verflüchtigung des Aethers sogleich an der berieselten Stelle eine festanhaftende, aus sehr feinen, dichtgedrängten Körnchen zusammengesetzte gelb gefärbte Jodoformdecke bildet, die das Geschwür so deckt, wie aufgetragenes Collodium. Somit fällt bei Berücksichtigung dieser Anwendungsweise der von Profeta und Anderen gemachte Einwand, dass das Medicament noch zu theuer sei, hinweg.

Zur Kenntniss der Keratosen.

Von
Prof. **F. J. Pick** in Prag.

(Hiezu Taf. VIII. und IX.)

Pathologische Hornbildungen auf der Haut des Menschen haben von jeher ein allgemeines und vielseitiges Interesse in Anspruch genommen. Dieses Interesse hat sich nicht verringert, trotzdem diese Bildungen aller mythischen Zuthaten entkleidet wurden und wir in ihnen nicht mehr die Entwicklung thierischer Attribute am Menschen bewundern. Dieses Interesse hat vielmehr an Intensität gewonnen, seitdem man die höchst wichtigen Beziehungen kennen gelernt hat, in welchen die Hornbildung zu anderen pathologischen Neubildungen, insbesondere den Hautkrebsen, stehen.

Nichts desto weniger sind unsere Kenntnisse über die erste Entwickelung der pathologischen Hornbildung, namentlich der circumscripten Formen, sehr mangelhaft, was wohl in dem Umstande zu suchen ist, dass die Entwicklung von Hornbildungen auf der Haut des Menschen im Allgemeinen selten ist, dass insbesondere die Gelegenheit zur Beobachtung dieser Gebilde in den ersten Stadien nur ganz ausnahmsweise geboten war. Im Nachfolgenden werde ich Beobachtungen über Hornbildungen am Menschen mittheilen, welche sowohl durch ihren Sitz wie durch ihre Provenienz ausgezeichnet sind.

I.

Multiple Hornbildung an der Glans des Gliedes.

Am 13. April v. J. (1874) wurde der 22 Jahre alte Taglöhner J. W. wegen hochgradiger Balanoposthitis in das Prager allgemeine Krankenhaus gebracht und auf meine Klinik aufgenommen. Derselbe



leidet an angeborener Phimose, das Orificium praeputiale ist nur für einen feinen Sondenknopf durchgängig, so dass bei der Urinentleerung die Vorhaut blasenartig aufgebläht wird. Zwischen Vorhaut und Eichel tastet man von Aussen mehrere grössere und kleinere höckerige Tumoren. Die eingeführte Sonde erweist zahlreiche Adhäsionen des Innenblattes der Vorhaut an die Oberfläche der Eichel. Aus der Präputialöffnung sickert fortwährend eine übel riechende, milchig trübe Flüssigkeit hervor, welche reichliche Mengen von Eiter, Fett und Epithelzellen enthält. Die Drüsen in der Leistengegend sind mässig geschwellt, gegen Druck empfindlich; Schmerzen in der Harnröhre sind nicht vorhanden. Einen Coitus will der, übrigens geistig sehr beschränkte Kranke bisher nicht ausgeübt haben. Der Kranke leidet überdies an Psoriasis, welche gegenwärtig auf den behaarten Kopf und auf die Streckseite der Ellbogen und Kniegelenke beschränkt ist. Es wurde die Operation der Phimose ausgeführt, zahlreiche Adhäsionen zwischen Innenblatt der Vorhaut und der Eichel gelöst und eine grosse Zahl theils breit aufsitzender, theils gestielter spitzer Condylome von der Corona glandis und dem Sulcus coronalis abgetragen. Während die Heilung rasch vorschritt, die Schwellung der Drüsen in der Leistengegend bald zurückgebildet war, recidivirten die Papillome und schwanden erst nach neuerlicher Abtragung und nachheriger energischer Cauterisation. Am 26. Juni wurde Patient vollkommen geheilt aus dem Krankenhause entlassen.

Ich war daher nicht wenig erstaunt, als sich mir der Kranke 9 Monate später, am 22. März d. J., wieder vorstellte mit Wucherungen an der Glans penis, welche auf Tafel VIII und IX nach einer gut ausgeführten Zeichnung des Herrn Med. Cand. Robert Berr dargestellt sind.

Patient gibt an, dass er etwa einen Monat nach seiner Entlassung aus der Klinik bemerkte, wie unter leichtem Jucken an derselben Stelle der Eichel, wo früher die Papillome sassen, neuerdings Warzen entstanden, die jedoch gleich anfangs hart waren und im Verlaufe von weiteren 6 Monaten zu der gegenwärtigen Höhe heranwuchsen. An welcher Stelle die Wucherung zuerst begann, weiss der Kranke nicht anzugeben; er behauptet vielmehr, dass sie an allen Stellen zugleich begonnen hat und dass nur das Wachsthum des grösseren Horns ein rascheres

war. Aerztlichen Rath hat der Kranke zwar eingeholt, da ihm jedoch bedeutet wurde, dass er nur Hilfe im Krankenhause finden könne, habe er keinerlei Mittel angewendet. Auch diessmal betheuert er wieder, dass er auch seit seinem Austritte aus der Klinik keinen Coitus ausgeübt habe.

Bei herabhängendem Gliede (Taf. VIII) präsentirt sich über der Eichel vom Sulcus coronalis ausgehend die ganze rechte Hälfte derselben umgreifend und über dieselbe helmartig gewölbt ein hornartiges Gebilde, welches an der Basis zwischen der Eichel und dem Reste der Vorhaut so eingebettet ist, wie der Nagel in dem Nagelfalze. Diesem Gebilde gegenüber, gleichfalls von Sulcus coronalis glandis ausgehend befinden sich mehrere ähnliche aber kleinere Hornauswüchse, welche mit ihrem freien, etwas kolbenartig aufgetriebenen Ende bis zu der Spitze des über sie gekrümmten grossen Horns heran reichen. Den noch übrigen, zwischen den einander gegenüber stehenden Gebilden freigelassenen Theil des Rückens der Eichel nimmt ein breit aufsitzendes, einem abgestutzten Kegel ähnliches, vielfach zerklüftetes Horn ein, welches fast die ganze Concavität des grossen Horns ausfüllt.

Schlägt man das Glied gegen die Bauchfläche hinauf, so sieht man, dass das grosse Horn die Eichel auch nach der untern Seite zur Hälfte umgreift und mit einem scharfen Rande bis hart an die Urethralmündung heranreicht. Diese präsentirt sich als eine 2''' grosse, etwas schief stehende Spalte, unter deren rechtsseitigem Rande, von einer dünnen, straff gespannten Haut bedeckt, die scharfe Kante des Horns durchzufühlen ist, während linkerseits sich eine kleine Partie normal gebildeter Hautflächen darbietet. In dieser Lage des Gliedes stellen die kleineren, nahe an einander gefügten Hörner besonders deutlich ihre keulenförmige Beschaffenheit dar.

Die Form des grossen Horns gleicht mit seiner Krümmung vollständig dem Schnabel eines Dragonerhelmes mit einer leichten Drehung des freien Endes zur Seite und unten. An der Basis sind einzelne Lamellen von der Oberfläche abgelöst und kelchartig auswärts gerollt. Seine Grösse beträgt von der Basis bis zum freien Ende, über der grössten Convexität gemessen, 9·5 Cm., der Umfang an der Basis 3·5 Cm. verjüngt sich nur



ganz allmählich und beträgt an der Spitze 2·5 Cm. Die Farbe des Horns ist vorwiegend gelbbraun, an der Convexität mehr gelb, an der Concavität mehr braun, an der Spitze fast schwarz. Die Consistenz desselben ist von der Härte eines Nagels, in der Concavität spröde und bröcklig, wodurch es kommt, dass es daselbst rinnenartig ausgehöhlt erscheint. Besonders bemerkenswerth ist die eigenthümliche Streifung der Oberfläche. Diese ist doppelter Art. Eine Längsstreifung, welche in vollkommen parallelen Linien über die ganze convexe Oberfläche verläuft, und eine Querstreifung, welche besonders deutlich in der Stellung wie sie Taf. IX gibt sichtbar ist und die seitlich von einer etwas überragenden scharfen, die Längsstreifung begrenzenden Kante beginnt und die in ebenfalls parallelen, leicht wellenförmigen gegen die Längsaxe quer verlaufenden Linien ausgesprochen ist. An den übrigen Hornbildungen ist äusserlich eine Querstreifung nicht wahrzunehmen, hingegen der Länge nach, namentlich am freien Ende des kegelförmigen mittleren Hornes, eine tiefgehende Furchung, die zur förmlichen Spaltung und Zerklüftung führt, vorhanden.

Es war mir selbstverständlich darum zu thun die Hornbildung möglichst unversehrt und mit der ganzen Haut, auf der sie sass zu entfernen, weil nur auf diese Weise einer Recidive vorgebeugt werden konnte, anderseits es wichtig war, den Mutterboden, auf dem das Horn sich entwickelte, einer genauen Untersuchung zu unterwerfen. Zu diesem Zwecke habe ich das ganze Glied von vorne bis zur Wurzel nach der Esmarchischen Methode mittelst einer elastischen Binde eingewickelt, knapp an der Wurzel mit einer elastischen Ligatur umschnürt, die Binde abgenommen und nun, nachdem die Penishaut möglichst stark nach rückwärts zurückgezogen wurde, über dem wallartig aufgeworfenen Reste der Vorhaut einen zirkulären Schnitt durch die Haut geführt und den vordern Lappen derselben über dem Sulcus und die Corona glandis, sowie weiter über der ganzen Eichelfläche bis zum Orificium urethrae unmittelbar von der Albuginea der Schwellkörper abpräparirt.

Da es sich herausstellte, dass die Haut unmittelbar an den Lippen des Orificiums intact war, konnte daselbst ein schmaler Saum um die Harnröhrenmündung erhalten bleiben. Auf



diese Weise habe ich das gesammte Horngebilde mit dem Mutterboden und in der ursprünglichen gegenseitigen Lagerung abgetragen, ohne eine Verunstaltung oder gar Verkümmerung des Gliedes herbeizuführen. Die Blutung nach Entfernung der Ligatur war unbedeutend und wurde durch Eisenchlorid-Watta sofort gestillt. Unter einfachem Carbolglycerinverbande ging die Epithelbildung theils von den Wundrändern hinter der Corona glandis, theils von dem Saume an der Urethralmündung aus ziemlich rasch vor sich und Patient konnte mit vollkommen normal geformter Glans ohne jede Spur von Hornbildung geheilt die Klinik verlassen. Der Kranke ist angewiesen sich von Zeit zu Zeit wieder vorzustellen, so dass ich in der Lage sein werde, mich von dem weiteren Verlaufe in Kenntniss zu erhalten.

Die Untersuchung der so entfernten Gebilde ergab folgenden Befund:

Schon makroskopisch zeigte sich an dem grossen Horn auf der parallel mit der Längsaxe entsprechend der Krümmung des Horns geführten Schnittfläche die Substanz desselben aus einer äusseren härteren und einer inneren weicheren Schichte bestehend. Beide Schichten lassen eine deutliche Längsfaserung erkennen, welche parallel mit der Krümmung des Horns verläuft. In der äusseren Schichte liegen die Fasern eng an einander und geben derselben ein mehr homogenes Aussehen; in der innern Schichte sind die Fasern durch zahlreiche engere und weitere Furchen von einander getrennt, die entweder, wie am oberen Ende, leer oder, wie besonders nahe der Basis, mit einer rothbraunen krümmlichen Masse gefüllt erscheinen. Aehnlich ist der Befund an dem mittleren Horn. Hier findet man am Längsschnitte neben compacteren, deutliche Längsstreifung darbietende Partieen, in welchen die mit braunen Massen gefüllten Linien besonders deutlich sind, solche, wo schon nahe an der Basis die Fasern pinselförmig auseinanderweichen. Die etwas verdickte Haut ragt mehrfach zapfenartig in die einzelnen Theile des zerklüfteten Horns hinein.

Etwas abweichend verhalten sich die kleineren Hornbildungen. Der untere Theil zeigt ähnliche Verhältnisse wie die eben geschilderten, das keulenförmige Ende hingegen bietet



innen eine Querstreifung dar, welche in wellenförmigen Linien ausgesprochen ist und nach dieser Richtung hin ein schalenartiges Abtrennen in Lamellen gestattet.

Bei Untersuchung der Hornmasse in feinen Durchschnitten zeigt sich dieselbe durchwegs aus Epidermiszellen zusammengesetzt, welche in Längsschnitten dachziegelförmig an einander gelagert erscheinen, im Querschnitt eine concentrische Anordnung darbieten.

Bis weit über das untere Dritttheil des grossen Horns kann man in den Lücken, welche zwischen den Hornzellen vorhanden sind, Blutgefässe verfolgen. An der Basis des Horns sieht man die Hornplatten in ganz normale Epidermis übergehen. Dieselbe umgibt die bedeutend vergrösserten, vielfach verästelten, zumeist spitz auslaufenden, zuweilen kolbenförmig aufgetriebenen Papillen in der Weise, dass sie sich zapfenförmig zwischen die secundären Papillen einsenkt. Hier ist das Rete sehr stark entwickelt und die verhornten Zellen verhältnissmässig nur in einer dünnen Lage an der äusseren Umrandung des Horns zu finden. Die Gefässe in den Papillen sind enorm erweitert und stellenweise von reichlicher Zellengranulation umgeben, welche sich längs der Gefässe bis in die spitzen Ausläufer der Papillarverästelung erstreckt. In der Haut unter den Hornbildungen habe ich nirgends Talgdrüsen gefunden, hingegen fand ich sie ziemlich zahlreich in der angrenzenden Haut des Präputiums.

Vergleicht man die eben mitgetheilte Beobachtung mit den bisher in der Literatur angeführten Fällen von Hornbildung an der Eichel und Vorhaut, so ergeben sich mehrfache, bemerkenswerthe Momente. Obwohl die Eichel des Gliedes als eine Prädilectionsstelle für die Entwicklung der Hauthörner am Menschen bezeichnet werden kann, ist doch die Zahl der bekannt gewordenen Fälle eine sehr geringe. Es ist möglich, dass noch der eine oder andere Fall den überaus eifrigen Nachforschungen von Lebert und Hessberg entgangen ist, wie ja Bergh in seiner Arbeit über Hauthörner (dieses Archiv, 1873, S. 186) auf einen Fall am Collum glandis hinweist, der von C. C. Siebold in den Ephemer. nat. cur. VI, 1778, die

die mir aber leider nicht zugänglich sind, angeführt wird; wesentlich alterirt wird die Zahl nicht werden. Es ist übrigens zu beachten, worauf schon Lebert aufmerksam gemacht hat, dass die gleiche Beobachtung mit kleinen Abänderungen von verschiedenen Autoren unter verschiedenen Titeln angeführt wird. Lebert (Ueber Keratose oder die durch Bildung von Hornsubstanz erzeugten Krankheiten und ihre Behandlung. Breslau, 1864) führt in seiner Arbeit über Keratose aus der gesammten Literatur bis 1864 im Ganzen 6 Fälle von Hornauswüchsen an der Eichel an, denen Hessberg (Beitrag zur Kenntniss der Hauthörner an Menschen und Thieren. Inaugural-Dissertation. Göttingen 1868) noch zwei Fälle aus der Literatur hinzufügt. Dazu kann wohl ein Fall gerechnet werden, den Hebra (Handbuch. II. Bd., S. 27) auf der Klinik des Prof. Schabus in Klagenfurt beobachtet hat und von dem er nur kurz erwähnt, dass das über 4" lange, kleinfingerdicke, etwas seitlich gekrümmte Horn auf dem Dorsum penis eines Mannes sass, obwohl nicht gerade die Eichel als der Sitz angegeben wird. Rechnet man hieher noch den oben nach Bergh angeführten Fall von Siebold, so sind im Ganzen nur 10 Fälle zu summiren.

Es ist zunächst zu bemerken, dass in unserer Beobachtung das jugendliche Alter (22 J.) auffallen muss, in welchem es zur Entwicklung der Hornbildung gekommen ist. In allen Fällen, in denen das Alter des Individuums überhaupt angegeben wurde, handelte es sich um Männer in vorgerückten Jahren.

So betrafen die von Lebert unter Nr. 86, 87, 91 angeführten Beobachtungen von Caldani, Richond-Desbrus und Middeldorpf, Männer im Alter von 70, 60 und 70 Jahren, in dem Falle von Breschet (Lebert, Nr. 88) wird ausdrücklich von einem „sehr alten Manne" gesprochen, in dem Falle von Carron (Nr. 90) war es ein 45 Jahre alter Förster, und selbst da, wo kein bestimmtes Alter angegeben wird, wie in dem Falle von Ebers (Lebert Nr. 89), in den von Hessberg und Hebra citirten Fällen müssen es Männer in vorgerückten Jahren gewesen sein, weil die Beobachter gewiss nicht versäumt hätten, ausdrücklich davon zu sprechen, wenn es jugendliche Individuen betroffen hätte.



Es ist ferner die Kürze der Zeit zu beachten, in der die Hornbildungen zu einer so bedeutenden Masse herangewachsen sind, die hier genau zu bestimmen war, weil wir den Kranken kurz vor dem Entstehen der Neubildung beobachtet haben. In weniger als 6 Monaten waren die Hornmassen zu der angegebenen Grösse gelangt. In dieser Beziehung hat der Fall Aehnlichkeit mit dem Falle von Caldani (Lebert Nr. 86), wo das Horn an der Eichel in 10 Monaten sich gebildet haben soll.

In mehreren Fällen, welche überdiess zu den best beschriebenen gehören, war vor Entwicklung der Hornbildungen eine angeborene oder auch, aber lange vorher, aus verschiedenen Ursachen erworbene Phimose beobachtet und beseitigt worden.

Was die Genese der Hauthörner anbelangt, so hat man bekanntlich den papillären Ursprung derselben vielfach in Abrede gestellt, obwohl es schon frühzeitig nicht an Autoren gefehlt hat, welche aus dem Umstande, dass sich Hauthörner oft aus jahrelang bestandenen Warzen entwickelt haben, eine solche Entstehung derselben behaupteten. In unserm Falle ist, in Uebereinstimmung mit den neueren Untersuchungen, welche den papillären Ursprung selbst für die meisten in Drüsen entwickelten Hörner constatirten, die Hornbildung in eclatanter Weise aus spitzen Condylomen (Papillomen) hervorgegangen. So lange die Eichel von der Vorhaut gedeckt war, kam es unter dem Einflusse des Reizes, den die sich zersetzenden Secrete, wie häufig genug bei Seborrhoea progenialis beobachtet wird, zur Entstehung der Balanoposthitis und zur Entwicklung der Papillome, die an ihrer Oberfläche macerirt zu keiner Hornbildung gelangten.

Nachdem die Eichel blossgelegt war und ihre Oberfläche nunmehr dem Einflusse der Luft, der Reibung an der Kleidung etc. ausgesetzt war, kann es nicht verwundern, dass die Haut der Eichel überhaupt und ganz besonders die recidivirenden Papillome sich mit einer starken Hornschichte der Epidermis bedeckten, die sodann bis zur excessiven Hornbildung führte. Ich möchte hier übrigens darauf aufmerksam machen, dass es sich in meinem Falle um ein Individuum handelt, das an Psoriasis leidet, und dass dieser Umstand ebenfalls zur Erklärung der hochgradigen und raschen Entwicklung



der Hornmasse beigezogen werden kann. Dass bei Psoriasis ausser den pathologischen Veränderungen an den Nägeln eine üppige Entwicklung physiologischer Horngebilde, namentlich des Kopfhaares, vorkommt, ist mir oft genug aufgefallen. In Familien, in denen die Psoriasis erblich nachweisbar ist, wird man gerade an Kindern, die von der Krankheit befallen werden, öfters einen üppigeren Haarwuchs beobachten, als bei ihren Geschwistern, die von der Krankheit verschont bleiben.

Die Art der Entwicklung vieler Hauthörner, der Umstand, dass die Prädilectionsstellen dieser Hornbildungen mit denen der Krebse analoge sind, die vorgängige oder nachherige Entstehung von Epitheliom, haben zur Genüge die nahen Beziehungen beider Neubildungen zu einander dargethan. Entgegen dem Verhältnisse der Complication von Krebs und circumscripter Keratose an anderen Körperstellen ist, was die Eichel betrifft, die primäre Entwicklung des Carcinoms und erst consecutive Keratose meines Wissens bisher allein beobachtet worden. Es bietet dieses Verhältniss neben dem jugendlichen Alter des Kranken und der radicalen Entfernung der Hornbildung, in Rücksicht auf eine Recidive sowohl wie auf die mögliche Entwicklung eines Epithelioms, wie ich hoffe, eine günstige Prognose.

Pick: Zur Kenntniss d. Keratosen.

Lith. v. Dr. J. Heitzmann



Vorläufige Mittheilungen, kleinere Aufsätze, Discussionen.



Die während und nach der Variola auftretenden Augenkrankheiten.

(Nachtrag.)

Von

Dr. **Hans Adler,**

ordinirendem Augenarzte des k. k. Krankenhauses Wieden und des St. Josefs-Kinderspitales in Wien.

In Folgendem nehme ich Gelegenheit meine in dieser Vierteljahresschrift 1874 erschienene Arbeit: „Die während und nach der Variola auftretenden Augenkrankheiten" mit meinen jüngsten, in dieses Gebiet einschlagenden Beobachtungen zu ergänzen.

Ueber das primäre Auftreten der Variola am Auge habe ich berichtet. Häufig genug besteht nur eine Variolapustel am Auge. Hier handelt es sich aber um das Auftreten einer Pustel an der Augenbindehaut unter den Allgemeinerscheinungen der Variola, welcher weder eine Efflorescenz am übrigen Körper vorherging noch nachfolgte (in einem Falle fand sich noch eine zweite Pustel an einer Brustwarze), also das meines Wissens noch nicht beschriebene solitäre Vorkommen der Variola am Auge.

Ich beobachtete nämlich zwei solche Fälle von variolöser Conjunctivitis, welche sich ausserdem noch durch den Umstand auszeichneten, dass beidemale ihre Entwicklung an Müttern vorkam, die ihre an Variola pemphigosa erkrankten Kinder bis zu deren lethalem Ende pflegten.

1. Fall. Durch Herrn Collegen Dr. Schauer wurde mir eine Wirthin zugeführt, die vor etwa 10 Tagen ein Kind an Variola (mit Pemphigusblasen) durch den Tod verloren hatte. Ich fand am rechten Auge die Lider ödematös geschwellt, geschlossen, Blepharo-



spasmus, die Conjunctiva bulbi chemotisch, starkes Thränen; an der Conjunctiva etwa 2''' vom Limbus nach aussen sass eine geplatzte Pustel von etwa Erbsengrösse; Ciliarröthe, superficielle Keratitis.

Herr Dr. Schauer erzählte, Patientin habe das Prodromalstadium der Variola durchgemacht, es sei darauf aber kein Exanthem, sondern diese Ophthalmie aufgetreten, welche der Patientin besonders auffallende Schmerzen und Schlaflosigkeit bereite.

Ich musste die Krankheit als Pustula variolosa conjunctivae solitaria ansprechen.

Eisumschläge, Atropin, ein Laxans wurden ordinirt. Es folgte darauf ein heftiger Catarrh der Conjunctiva mit starker Secretion, welcher, wie die begleitende Keratitis, noch circa 14tägige Behandlung erforderte; dann trat vollständige Heilung ein.

Der 2. Fall betraf die 22jährige Ingenieursfrau K. v. J. Sie wurde am 27. November in meine Ordination geführt. Ich fand am Limbus des linken Auges eine nach innen aufsitzende bohnengrosse Pustel, nebenbei Chemose, heftige Schmerzen, Lichtscheu. Die Frage nach einer vorausgegangenen Verletzung wurde verneint. Da Patientin heftig fieberte, stellte ich die Wahrscheinlichkeits-Diagnose auf Conjunctivitis variolosa.

Die etwas erstaunte Patientin erzählte nun: Sie und ihr Mann führen mit der Mutter sammt Geschwistern gemeinschaftlichen Haushalt. Im Anfange des Monates November habe ihr 7 Jahre alter Bruder leichte Variola (wahrscheinlich Infection in der Schule) überstanden, worauf ihr 3 Monate altes, ungeimpftes Kind erkrankte. Die Erscheinungen bei dem Säuglinge gestalteten sich aber immer schwerer; es zeigten sich am ganzen Körper gelblich-weisse Blasen, welche nach kurzem Bestande platzten. Die Zunge war mit grossen Blatternpusteln besetzt. Trotzdem wurde dem Säuglinge bis zu seinem am 9. Tage der Erkrankung erfolgten Tode die Brust gereicht.

Ausserdem liege dermalen ein 11jähriger Bruder sowie die 19jährige Schwester an Blattern darnieder.

Patientin fühlte sich am 2. Tage nach des Kindes Tode sehr unwohl. Mit den Prodromen der Variola bekannt, erwartete sie nun selbst deren Ausbruch.

Am 3. Tage vermehrte sich das Fieber, es stellten sich Schmerzen in der Seite ein; am 4. Tage Erbrechen, heftiger Kopfschmerz,



Augencatarrh besonders links; am 5. Tage endlich zeigte sich an der Warze der rechten Brustdrüse eine Blatternpustel; desgleichen am linken Auge, mit heftiger Ciliarreizung einhergehend, ein weisses Bläschen, welches schnell grösser wurde.

Am 7. Tage, an dem Patientin sich mir mit dem oben angeführten Befunde vorstellte, trat Chemosis der Conjunctiva bulbi und ziemlich reichliches, eitriges Secret hinzu.

Diese Angaben entsprechen vollkommen dem Verlaufe der Variola am Auge.

Die Behandlung bestand in Atropininstillationen, kalten Ueberschlägen, später Kataplasmen.

Der Verlauf war normal (wie ich ihn in meiner oben citirten Abhandlung beschrieben).

Nach 3 Wochen trat vollständige Heilung ein.

Ein Beitrag zur Lösung der Impffrage.

(Vortrag, gehalten in der Versammlung des Doctoren-Collegiums in Wien am 8. März 1875.)

Vom

Obersanitätsrathe Dr. **E. Nusser,** Stadtphysikus in Wien.

Der Vortragende machte vorerst darauf aufmerksam, dass statistische Daten überhaupt, die auf die betreffende Frage bezugnehmenden aber insbesondere mit grösstem Vorbedachte aufzunehmen seien.

Bezüglich der letzten Blatternepidemie in Wien hätte die Statistik folgende Fragen wahrheitsgetreu beantworten müssen:

1. Wie viele Menschen (männlichen und weiblichen Geschlechtes) lebten damals in Wien?

2. Wie viele in jeder Altersstufe, von 1—10 Jahren nach Jahren, das erste Jahr nach Quartalen und über zehn Jahre nach Quinquennien getheilt?

3. Wie viele aller dieser Kategorien waren geimpft? Wie viele ungeimpft? Wie viele revaccinirt? Wie viele haben schon ein- oder mehrmal geblattert?

4. Wie viele der von 1 bis inclus. 3 Angeführten sind während der Epidemie an Blattern erkrankt?

5. Wie verhielt sich bei den Erkrankten aller Kategorien der Krankheitsverlauf nach Dauer und Intensität und wie das Sterbepercent?

Die getreue und erschöpfende Beantwortung aller dieser Fragen hält der Vortragende bei den Verhältnissen, wie sie thatsächlich in



Wien bestehen, für ein pium desiderium. Er macht aufmerksam, dass es eine Statistik gebe, welche ihre Zahlen aus grossen Städten mit Hunderttausenden von Einwohnern oder aus ganzen Ländern bezieht, also eine im grossen Massstabe angelegte Statistik; im Gegentheile zu einer Statistik kleiner Städte oder grosser, abgeschlossener Anstalten (Spitäler für Erwachsene oder für Kinder, *Crechen*, Waisenhäuser, Schulen, Kasernen u. s. w.).

Die Statistik im grossen Massstabe sei dem Vortragenden gegenüber der Impffrage nie vertrauenswürdig erschienen und seine in Wien von ihm selbst gemachten Erfahrungen hätten ihn in dieser Ueberzeugung nur noch mehr bestärkt. Er erinnert an die von dem geheimen Medicinalrathe Dr. Müller veröffentlichte statistische Tabelle über die Blatternepidemie des Jahres 1871 in Berlin. Da die Ziffern dieser Tabelle eben nicht in entschiedener, nicht in frappanter Weise für oder gegen die Impfung sprachen, kam es sonderbarer Weise dahin, dass sie in Wien von den Impffreunden und von den Impfgegnern zur Begründung ihrer Behauptungen für und gegen die Impfung benützt und citirt, endlich aber von Müller selbst bei dem dritten internationalen medicinischen Congresse in Wien, am 1. September 1873, als auf ganz unrichtigen Prämissen beruhend, jeden Vertrauens unwürdig erklärt wurden. — In einer gegen die Impfung gerichteten Arbeit des Dr. Reitz wird pag. 65 eine Tabelle producirt, in welcher 20 Departements Frankreichs, wo die Vaccination am häufigsten, mit 20 andern, in welchen sie am wenigsten ausgeübt worden war, verglichen werden und hauptsächlich die benachbarten Departements zusammengestellt sind. Diese Tabelle soll nun beweisen, dass, bei fast gleicher Zahl der Geburten, in denjenigen 20 Departements, in welchen die Impfung so eifrig betrieben wurde, dass von der Zahl der jährlichen Vaccinationen die Zahl der Geburten übertroffen wurde, trotzdem daselbst sechsmal mehr Todesfälle in Folge von Pocken vorkamen, als in andern 20 Departements, in welchen die Schutzpockenimpfung viel weniger cultivirt worden war. — Diesen Behauptungen diametral entgegen lautet der Bericht jenes Comités, welches am 1. Juni 1872 ernannt wurde, um die aus den verschiedenen Spitälern Londons eingelaufenen Berichte mit Rücksicht auf die in diesen Anstalten behandelten Blatternfälle zusammenzustellen. Von 14.808 Fällen betrafen 11.174 geimpfte und 3634 ungeimpfte Personen. Eine ungefähre Zählung unmittelbar



vor Ausbruch der Epidemie hatte aber in London als Gesammtverhältniss der Geimpften zu den Ungeimpften 19 : 1 ergeben. Das Todespercent aller Erkrankten betrug 18·66, nach Abzug der in die Spitäler im Sterbezustande Ueberbrachten 16·4 und nach Abzug der Kinder unter 6 Jahren 14·0%. Die Sterblichkeit der Geimpften betrug 10·15%, die der Ungeimpften 44.80%, die Sterblichkeit der geimpften Kinder unter 10 Jahren 8·63%, die der ungeimpften Kinder unter 10 Jahren 49.45%. 5539 Fälle wurden nach der Anzahl der Impfnarben in zwei Spitälern zusammengestellt, in welchen die Gesammtsterblichkeit der dort behandelten Ungeimpften mit 55·9% berechnet wurde. In Fällen mit nur Einer Impfnarbe betrug das Mortalitätspercent 15·2, in Fällen mit 5 und mehr Impfnarben nur 5·5%. Schliesslich wird die Behauptung beigefügt, dass in 420 Fällen von zweifellos sehr gut überstandener Impfung bei Individuen unter 15 Jahren die Mortalität nur 0·47% betrug, was einer relativen Immunität gegen den tödtlichen Ausgang gleichkommt.

In Wien wurde während des Jahres 1872, wo die Blatternepidemie am stärksten wüthete, die Meldung der Blatternfälle nicht imperativ angeordnet. Es geschah dies vielmehr erst vom 1. Januar 1873 angefangen und dauert noch bis heute fort. Vor dem 1. Januar 1873 kamen sonach dem Physikate nur die Todesfälle an Blattern und die später zu erwähnenden Rapporte der communalen Blatternspitäler zur Kenntniss. Es sei hier erwähnt, dass in Wien

im Jahre 1872:	3334
„ „ 1873:	1410
„ „ 1874:	928
Zusammen:	5672 Personen,

innerhalb drei Jahren an Blattern starben, während in Normaljahren diese Sterbeziffer zwei, höchstens dritthalb Hundert beträgt und sich beispielsweise anno 1865 nur mit 137 berechnete.

Die Anmeldungen der Blatternerkrankungen geschahen auf den behördlich eingeführten sogenannten gelben Zetteln. Im Genesungs- oder Sterbefalle hatten auf eben diesen die Abmeldungen unter Angabe der Krankheitsdauer zu geschehen. Den früher erwähnten Daten (Alter, Geschlecht, Wohnort, Impfmoment) ist auf diesen Blanquetten Rechnung getragen.

Es liefen im Jahre 1873 im Ganzen 4619 Anzeigen ein, wovon jedoch 183 solche Personen betrafen, welche in Spitäler transferirt

wurden, sonach bei dieser blos die privat Verpflegten betreffenden Statistik ausser Rechnung gestellt wurden. Es erübrigten also 4136 gelbe Zettel. Von diesen betrafen 2044 Erkrankungsmeldungen, 1154 Genesungsmeldungen, 670 Todesfallmeldungen. Das Todtenbeschreibamt, ohne dessen ämtliche Intervention keine Leiche beerdigt werden kann, hatte aber 857 Anzeigen über Blatterntodesfälle entgegengenommen. Es geht daraus hervor, dass von den Aerzten Wiens 187 Blatterntodesfälle, welche thatsächlich stattgefunden haben, durch die gelben Zettel nicht gemeldet wurden. Ebenso wurden 435 an Blattern Erkrankte durch die vorgeschriebenen Erkrankungsanzeigen, 468 von Blattern Genesene durch die vorgeschriebenen Genesungsanzeigen zu melden unterlassen.

Man musste also die Zahl der Erkrankten aus der Summe der Genesenen und Gestorbenen zusammenstellen. Wer nicht als gestorben beim Todtenbeschreibamte verzeichnet erschien, musste als genesen betrachtet werden, vorausgesetzt, dass sein Name sich nicht unter den in die Spitäler Ueberbrachten vorfand. Die fehlenden Todesanmeldungen wurden durch die Behandlungsscheine der praktischen Aerzte (Todtenzettel) und das Todtenbeschreibamt ergänzt und richtig gestellt. 42 gelbe Zettel, in welchen gar keine Angabe über das Impfmoment gemacht wurde, 10, wo die Bezeichnung des Alters fehlte, und 19, welche Doppelanzeigen von 2 Aerzten über eine und dieselbe Person betrafen, mussten gänzlich ausgeschieden werden.

Schon aus diesen wenigen Andeutungen ergibt sich für jeden Sachkundigen die Mangel- und Lückenhaftigkeit dieser Anmeldungen. Ueberdies bleiben aber noch folgende Fragen offen:

Wie viele (geimpfte und ungeimpfte) Erkrankte blieben wohl ganz ungemeldet, wenn nicht einmal alle Todesfälle zur Anzeige gebracht wurden?

Waren alle an Blattern krank Gemeldeten wirklich Blatternfälle?

Wurden nicht Blatternsterbefälle durch andere Todesursachen (Blutzersetzung, Pyämie, Erschöpfung etc.) maskirt? u. s w.

Nach mühevoller und zeitraubender Sichtung von Seite des statistischen Bureaus ergaben sich endlich 2479 Zettel, welche eben so viele Fälle mit völlig abgeschlossenem Verlaufe und mit ziemlich zweifelloser Angabe des Impfmomentes repräsentirten. Dieses von

zahlreichen und mit dem Stadtphysikate in keinem Verhältnisse der Subordination stehenden Aerzten Wiens gelieferte Materiale bemühte sich nun der Vortragende unter Mitwirkung und Controle zweier von ihm ganz unabhängiger Aemter (Todtenbeschreibamt und statist. Bureau) als Beitrag zur Lösung der Impffrage nach Möglichkeit zu verwerthen.

Einen theilweisen Anlass zu dieser Arbeit fand der Vortragende auch in einer im Jahre 1874 erschienenen Broschüre des Chefarztes der Staatsbahn, Dr. Keller, worin sich derselbe auf Grund statistischer Daten gegen die Impfung ausspricht. Er stellte eine Tabelle zusammen über 2054 Personen, welche im Jahre 1873 auf der ihm unterstehenden Strecke der Staatsbahn als an Blattern erkrankt gemeldet wurden, und kommt bei Betrachtung der Ergebnisse dieser Tabellen zu folgenden Schlusssätzen:

1. Sowohl Geimpfte als nicht Geimpfte, Revaccinirte und Geblatterte wurden von Pocken befallen. Die überwiegende Mehrzahl der Erkrankten waren die Geimpften, sicherlich aus dem Grunde, weil es, mit Ausnahme der beiden ersten Lebensjahre, weit mehr Geimpfte als nicht Geimpfte gibt.

2. In den ersten beiden Lebensjahren wurden mehr ungeimpfte als geimpfte Kinder von den Blattern befallen, weil es in diesem Lebensalter mehr nicht geimpfte als geimpfte Kinder gibt.

3. Die Sterblichkeit in den 2 ersten Lebensjahren ist, abgesehen von den höchsten Altersperioden, die grösste, jedoch war sie immer noch bei den nicht geimpften Kindern geringer als bei den geimpften dieser Lebensperiode.

4. Sehen wir ab von den zwei Lebensjahren, so ist die Sterblichkeit noch immer etwas ungünstiger für die Geimpften.

5. Wenn die Sterblichkeit sämmtlicher Ungeimpften grösser ist als die der Geimpften, wie dies in der Regel zu sein pflegt, so ist dies nicht dem Mangel der Impfung, sondern nur zum grossen Theile der grösseren Sterblichkeit in den ersten Lebensjahren überhaupt zuzuschreiben.

6. Die Sterblichkeit in den einzelnen Altersperioden bei Geimpften und Nichtgeimpften richtet sich nach der allgemeinen Sterblichkeit des menschlichen Geschlechtes in den einzelnen Altersperioden und die Impfung kann an diesem Naturgesetze nichts ändern.

7. In Berücksichtigung aller dieser Thatsachen erscheint die Impfung völlig werthlos.

Genau nach dem Muster der Dr. Keller'schen Tabelle wurde nun eine ebensolche aus den 2479 Wiener Fällen angefertigt.

Während sich bei Dr. Keller 2056 Erkrankungen, worunter 1337 Geimpfte und 594 Ungeimpfte mit einer Gesammtmortalität von 18·74%, mit Ausnahme der 2 ersten Lebensjahre aber, von 13·71% vorfinden, ergeben sich in Wien 2479 Erkrankungen, darunter 1030 Geimpfte und 1341 Ungeimpfte, mit einer Gesammtmortalität von 34·6%, mit Ausnahme der zwei ersten Lebensjahre von 24·56%.

Hier fällt beim ersten Blick die geringe Anzahl der erkrankten Geimpften bei den Wiener Ziffern in die Augen, da erfahrungsgemäss die Zahl der erkrankten Geimpften immer und überall grösser ist als die der Ungeimpften. Es erklärt sich dies aber einfach daraus, weil die Privatärzte die Mehrzahl der leichten und gefahrlosen Blatternfälle gewiss nicht zur Anzeige gebracht haben.

Ein weiterer Vergleich beider Tabellen zeigt bei Keller eine Mortalität in den 2 ersten Lebensjahren bei Geimpften und Ungeimpften, wie 55·06 : 42·44, in Wien wie 25·39 : 58·84; eine Mortalität aller Geimpften im Verhältniss zu allen Ungeimpften bei Keller wie 16·38 : 24·83, in Wien wie 11·45 : 51·15 und nach Ausschluss der 2 ersten Lebensjahre bei Keller wie 13·76 : 13·15, in Wien wie 10·54 : 42·58.

Ausser dieser Haupttabelle zeigt nun der Vortragende zehn andere Tabellen vor, in welchen die 2479 Blatternfälle mit Rücksicht auf ihre Provenienz nach den 10 Bezirken Wiens vertheilt erscheinen. Alle Ziffernverhältnisse, welche bezüglich der Haupttabelle soeben mitgetheilt wurden, wiederholen sich fast ausnahmslos auch in den 10 Nebentabellen. Nur kommt in den wohlhabenderen Bezirken die Förderung der Impfung, in den ärmeren und ärmsten das Gegentheil zum Ausdruck. So erkrankten z. B. innerhalb der 2 ersten Lebensjahre im I. Bezirke 11 geimpfte und 6 ungeimpfte, im X. Bezirke (Favoriten) dagegen 12 geimpfte und 178 ungeimpfte Kinder. In dem letztgenannten Bezirke sprechen überhaupt alle Ziffern der Tabelle weniger zu Gunsten der Impfung als in den 9 übrigen Bezirken; in der dem 2. und 3. Lebensjahre angehörigen Gruppe von Fällen sogar entschieden zu Ungunsten derselben. Es starben



nämlich von 11 geimpften Erkrankten des 2. Lebensjahres 10, von 4 des 3. Lebensjahres 3. Da diese Ziffern mit denen aller übrigen Bezirke und der Haupttabelle im grellsten Widerspruche stehen, so ist wohl die Frage nicht unberechtigt, ob denn die bezüglichen, von ihren Angehörigen als geimpft angegebenen Kinder auch wirklich mit echtem, vollständigem Erfolge geimpft waren.

Es ist nämlich eine von allen praktischen Impfärzten oft gemachte Erfahrung, dass Kinder, welchen mit der Impflanzette vor längerer oder kürzerer Zeit Stiche beigebracht wurden, von Laien ohne alle Rücksicht auf den Erfolg als geimpft bezeichnet zu werden pflegen. Dies geschieht bei Kost- und Pflegekindern insbesonders dann, wenn die Angehörigen derselben in der Anfrage, ob die Kinder geimpft worden sind, einen Act der Controle erblicken zu müssen glauben, welche im Falle der unterbliebenen Schutzpockenimpfung eine Bestrafung der fahrlässigen Pflegeparteien nach sich zu ziehen droht. Dass in derlei Fällen der Arzt bei einem schon in voller Blüthe stehenden Exanthem, und ebenso der Beschauarzt an der borkenbedeckten Leiche nach etwaigen Impfnarben vergebens forschen würden, versteht sich von selbst.

Die eben ausgesprochene Vermuthung wird um so gerechtfertigter, wenn man sich die Thatsache vergegenwärtigt, dass gerade dieser Bezirk von sehr vielen, der ärmsten und untersten Volksschichte angehörigen Parteien dicht bewohnt ist und auch derjenige war, welcher nach den in den zwei letzten Berichten des Physikates dargelegten Ziffern von der Blatternepidemie weitaus am meisten heimgesucht worden ist.

Als ein weiterer Beleg für die Zulässigkeit der eben ausgesprochenen Vermuthung führt der Vortragende eine in den Acten des Physikates erliegende Relation des Beschauarztes Dr. Schiffmann an, welche durch die Mitfertigung des Dr. Kapsamer bestätigt wird. Bei einem Schuhmacher im VII. Bezirke erkrankten fünf Kinder an Variola, von welchen vier in ein Spital abgegeben wurden. Alle diese Kinder waren geimpft, doch haftete der Impfstoff bei allen mangelhaft, es entwickelte sich bei allen nur Eine unvollkommene Pustel. Der Impfact, angeblich in Böhmen vorgenommen, wurde bei keinem der Kinder wiederholt. Es starben auch zwei derselben im Spitale, während es im ganzen Bezirke Neubau seit drei Jahren — also inclusive der grossen Blattern-

epidemie — nur Einmal vorkam, dass ein geimpftes junges Kind an Variola gestorben ist.

Das bisher Dargelegte wird sammt den dazu gehörigen Tabellen in dem nächsten Berichte des Stadtphysikates in einem eigenen, die Impffrage behandelnden Abschnitte umständlich erörtert werden.[1])

Der Vortragende fügt nun noch folgende Mittheilungen bei:

1. In den drei communalen Spitälern Wiens wurden vom Februar 1872 bis Ende December 1873 von den leitenden Aerzten DDr. Auspitz, Neumann und Götz zusammen 6757 erwachsene Kranke an Blattern behandelt. Das Gesammtmortalitätspercent betrug 10·3, das der Geimpften 6·6, das der Ungeimpften 38·4, das der Zweifelhaften 32·5. Rechnet man die zweifelhaften Fälle zu den Geimpften, so ergibt sich für diese ein Sterbepercent von 8·7, rechnet man sie jedoch zu den Ungeimpften, so beträgt das Sterbepercent derselben 34·9. Es schwankt sonach die Mortalität der Geimpften zwischen 6·6% und 8·7%, die der Ungeimpften zwischen 38·4% und 34·9%.

2. Im Jahre 1874 genügte Ein Blatternspital (auf der Siebenbrunnerwiese unter Leitung des Dr. Kramer). In diesem wurden in Jahresfrist 749 Kranke in Abgang gebracht; darunter waren 59 nicht blatternkrank. Der eigentliche Abgang betrug daher 690. Bei diesen schwankte nach einer im obigen Sinne vorgenommenen Berechnung das Sterbepercent der Geimpften zwischen 7·52 und 10·96, das der Ungeimpften zwischen 43·13 und 45·09. Das Mortalitätspercent aller an Blattern Behandelten war 11·59. Von den 690 Fällen waren nur neun Individuen unter zehn Jahren.

3. In den zwei Kinderspitälern St. Anna (Hofrath Prof. Widerhofer) und St. Josef (Dr. v. Gunz senior) ergab sich während der Epidemie ein Abgang von

1167 Kindern = 146 geimpft + 1021 ungeimpft.

Davon starben:

777 Kinder = 33 „ + 744 „

Daher ergibt sich eine Gesammtmortalität von . . 66·5%
Mortalität der Geimpften . . . . 22·6%
„ „ Ungeimpften . . . . 72·8%



[1]) Dieser Bericht (IV) ist soeben (Wien bei Braumüller) erschienen. Red.

4. In den beiden communalen Waisenhäusern Wiens befinden sich je 100 Knaben und Mädchen zwischen 6 und 13 Jahren, welche nur dann Aufnahme finden, wenn eine vollkommen sichere Schutzpockenimpfung bei ihnen ärztlich constatirt ist. In diesen beiden Häusern ist während zehn, respective neun Jahren, selbst während der Epidemie, kein einziges Kind an Blattern erkrankt, obwohl der Stand ein alljährlich wechselnder ist, dagegen blieben die Kinder von anderen Exanthemen nicht verschont und forderte im Knabenwaisenhause der Scharlach mehrere Opfer.

Aus diesen Mittheilungen kommt der Vortragende zu folgenden Schlusssätzen:

1. Die Statistik im kleineren Massstabe wird durch Addition werthvoller und vertrauenswürdiger, als die aus sehr grossen Städten und ganzen Ländergebieten.

2. Die in Wien gesammelten Beobachtungen stehen mit der Tabelle des Dr. Keller und mit den aus ihr abgeleiteten Schlussfolgerungen im Widerspruche.

3. Wenn auch die von den Impfgegnern angeregten Zweifel dankbar hinzunehmen und der sorgfältigsten Prüfung zu unterziehen sind, weil man eben nur auf dem Wege des vernünftigen Zweifels zur Wahrheit gelangt, so erscheint es doch tadelnswerth, die bis jetzt noch nicht völlig gelöste Impffrage als im Sinne der Gegner gelöst unter das Volk zu tragen. Dieselben mögen bedenken, dass die Impfung, mit scrupulöser Vorsicht geübt, als eine nahezu immer gefahrlose Operation erscheint. Unterlassen sie die Impfgegner oder stimmen sie die Massen der Völker gegen dieselbe, so überliefern sie nach der bis jetzt noch fest stehenden Ueberzeugung einer kolossalen Majorität der Aerzte tausende und hunderttausende von Menschen dem schrecklichen Blatterntode, ein Verbrechen, welches, mit der ärztlichen Mission im grellsten Widerspruche, nicht hart genug getadelt werden kann!

In derselben Sitzung lieferte Dr. Kassowitz aus dem von ihm beobachteten Krankenmateriale des I. öffentlichen Kinderkranken-Institutes eine eigenartige Statistik als Beitrag zu der Frage von der prophylaktischen Wirkung der Impfung. Er hat nämlich durch mehrere Jahre von den jährlich daselbst vorgestellten 3—4000 kranken Kindern sämmtliche blatternarbige Kinder conscribirt, d. h. jene



Kinder, an welchen schon ohne Anamnese, bloss durch die bei dem ersten Anblicke in die Augen fallenden Blatternarben der überstandene Variolaprocess mit Sicherheit constatirt werden konnte. Nachträglich wurde dann durch die Anamnese und die Untersuchung der Impfnarben die stattgehabte oder unterlassene Impfung sichergestellt, wobei ein Irrthum kaum denkbar ist, und die relative Kleinheit der Zahlen durch ihre Verlässlichkeit aufgewogen wird.

Von den in den Jahren 1872—1874 beobachteten 204 blatternarbigen Kindern waren 193 nicht geimpft, 8 längere Zeit vor der Erkrankung geimpft, 4 waren einige Tage vor dem Ausbruche der Blattern, also während der schon bestehenden Incubation der letzteren vaccinirt und haben die Pocken und die Schutzpocken gleichzeitig überstanden. Wenn man nun die letzteren 4 ausscheidet (obwohl sie eigentlich als zur Zeit ihrer Infection nicht vaccinirt, zu den Nichtgeimpften zu rechnen wären), so ergibt sich noch immer das Verhältniss von 192 Nichtgeimpften zu 8 Geimpften oder von 96 % zu 4 %.

Die Geimpften erkrankten 3mal im 5., 2mal im 6., und je einmal im 7., 8. und 14. Lebensjahre. Sie waren alle in ihrem ersten Lebensjahre vaccinirt.

Von den Nichtgeimpften wurden dagegen 28 % im ersten Lebensjahre, 30 % im zweiten, 34 % im dritten bis sechsten und 8 % im sechsten bis vierzehnten Lebensjahre von den Blattern befallen.

Ausser den Blatternarben wurden bei diesen Kindern als unmittelbare Folge des Blatternprocesses folgende krankhafte Zustände beobachtet: 3mal Staphyloma corneae, 2mal ausgebreitete Hornhautnarben, 2mal einseitiger und 1mal beiderseitiger Schwund des Augapfels; 11mal chronische Pneumonie mit dem Ausgange in Phthise, 2mal Caries der Rippen, 2mal Spondylitis mit Senkungsabscess, 1mal Tumor albus des Ellbogens, in einer grossen Anzahl der übrigen Fälle Drüsenscrophulose und hochgradige Anämie. — Diese Zahlen zeigen:

1. Dass in noch viel höherem Grade, als bezüglich der Mortalität, die Proportion der Nichtgeimpften und der Geimpften bezüglich der schweren Blatternerkrankungen (die eben in der Entstellung durch die Blatternarben ihren Ausdruck finden) zu Ungunsten der Nichtgeimpften ausfällt.

2. Dass die wenigen Erkrankungsfälle der Geimpften immer erst mehrere Jahre nach vollzogener Impfung erfolgten, während die grosse Anzahl der Ungeimpften in ihren ersten Lebensjahren an den Blattern erkrankt waren.

3. Dass die Vernachlässigung der Impfung, sei sie die Folge individueller Indolenz oder der lückenhaften Gesetzgebung, das betreffende Individuum nicht nur in eine relative Lebensgefahr versetzt, sondern ihm auch eine bedeutende Anwartschaft auf Entstellung, Krüppelhaftigkeit und unheilbares Siechthum verschafft.



Ueber die Anwendung des Endoskops.

Diskussion in der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien am 9. April 1875.

Eingeleitet von

Dr. J. Grünfeld

mit einem Vortrage über Vergrösserung resp. scheinbare Annäherung endoskopischer Sehobjecte.

Der Vortragende recapitulirt die von ihm angewendete Methode der endoskopischen Untersuchung der Harnröhre und Harnblase und skizzirt die von ihm gebrauchten vier Formen von endoskopischen Tuben und Kathetern, welche einfachen instrumentalen Vorrichtungen statt der bisher üblichen complicirten Apparate nach seiner Meinung nicht nur vollkommen ausreichen, sondern auch viel deutlichere Spiegelbilder liefern als diese, leicht zu handhaben sind und eine geringere Uebung voraussetzen. Doch sind mit der Methode und dem Apparate allein die optischen Schwierigkeiten noch nicht ganz beseitigt. Vor allem wird durch das in die Harnröhre eingeführte Instrument nur ein kleines Sehfeld von etwa $3^1/_2$ bis $5^1/_2$ Mm. Durchmesser erlangt. Dieses kleine Sehfeld muss überdiess noch durch einen oft über 20 Ctm. langen Tubus gesehen werden, wesshalb einleuchtend ist, dass nicht jedes untersuchende Auge, welches doch von dem Instrumente 10—15 Ctm. entfernt ist, die einzelnen Details dieses kleinen Sehfeldes deutlich wahrnehmen wird. Auch kommen oft Formen vor, bei denen selbst das geübteste unbewaffnete Auge kleine Details im Sehfelde mit Sicherheit nicht auffassen kann, namentlich bei mangelhafter Beleuchtung.

Es war daher nothwendig, das Auge mit optischen Instrumenten zu bewaffnen, sowohl um das Sehfeld zu vergrössern, als auch um

dasselbe anzunähern. Zu bemerken ist, dass keine bedeutende, im Allgemeinen blos eine zweifache Vergrösserung erforderlich ist. Diese Zwecke erfüllt vollkommen eine einfache oder zusammengesetzte Loupe. 1. Eine Convexlinse, deren Brennweite grösser ist als die Länge des in die Harnröhre oder Harnblase eingeführten Endoskops, wird vor das trichterförmige Ende desselben gehalten. Es sei z. B. 7″ die Länge des Endoskops, so wird man bei entsprechender Beleuchtung durch eine vorgehaltene Sammellinse von 12″ Brennweite ein grösseres Spiegelbild erhalten, als ohne dieselbe. Eine stärkere Linse würde in der durch die Länge des Tubus gegebenen Entfernung kein deutliches Bild geben. Bei einem Endoskop von 4″ Länge wird Convex 7 oder 8 passen. Durch das vorgehaltene Glas erzeugte Reflexe, welche störend einwirken, werden durch eine geringe Neigung der Linse verschoben. Die Linse selbst befinde sich in einer Metallfassung, welche die Handhabung erleichtert. 2. Combinationen sphärischer Gläser sind noch vorzuziehen. Am praktischesten ist eine nach dem Principe des Galileischen oder holländischen Fernrohres construirte Loupe, welche von nahe gelegenen Gegenständen ein vergrössertes aufrechtes Bild liefert. Die zu einer solchen Combination nöthigen Linsen müssen nicht in einem Tubus gefasst, sondern können in einer einfachen Weise benützt werden. Die Convexlinse wird nämlich nach der früher erörterten Art vor das Endoskop gehalten, während man das Concavglas hinter dem Reflector und zwar in einem gabelförmigen Rahmen genau centrirt befestigt. Der Untersuchende hält nun den Reflector mit der Concavfläche in der rechten, die Convexlinse und das Ende des Endoskops in der linken Hand. Es sei Convex 6 vor dem Ocularende des Endoskops und Concav 16 hinter dem Reflector, so verschafft man sich eine hinreichende Vergrösserung. 3. Dieselbe Combination lässt sich noch bequemer anwenden. Ein stärkeres Convexglas sei innerhalb der Brennweite desselben in dem endoskopischen Rohre mittelst einer Schraubenvorrichtung befestigt, während ein Concavglas hinter dem Reflector eingesetzt ist, so wird die Vergrösserung noch stärker sein. Es sei z. B. eine Sammellinse von 4″ Brennweite $2^1/_2$ vom Visceralende in das Endoskop eingefügt, so wird man ein ziemlich grosses Spiegelbild erhalten, wenn man Concav 10 hinter dem Reflector hat.

Prof. Reder bemerkt, dass er sich speciell für einen Fall eine Garnitur kürzerer Röhren construiren liess, welche er nun bei dem ihn überraschenden Umstande, dass der vordere Theil der Harnröhre häufiger als er glaubte an chronischen Entzündungen participirt, oft anzuwenden in der Lage ist. Was die praktischen Erfahrungen betrifft, bestätigt er, dass man bei Tageslicht viel besser als bei jeder künstlichen Beleuchtung endoskopire. Ferner führt er an, dass die Harnröhrenschleimhaut gegen die gewöhnlich angewendeten Medicamente sehr refractär sei, z. B. gegen Lapis.

Dr. Grünfeld zeigt, an die Auseinandersetzungen des Vorredners anknüpfend, ebenfalls derlei Instrumente für den vorderen Theil der Harnröhre, Spiegelröhren, Porte-caustiques u. s. w. Er gibt ferner an, dass er mit besserem Erfolge als Lapis in Substanz gegen geröthete Stellen der Schleimhaut Einpinselungen mit Jodtinctur und anderen Mitteln anwende.

Prof. Dittel lenkt die Aufmerksamkeit darauf, dass so oft von „Granulationen" der Harnröhrenschleimhaut bei Urethritis gesprochen und geschrieben werde, während er selbst solche wirkliche Granulationen nur an einem einzigen Präparate beobachtet habe und ersucht den Vorsitzenden (Prof. v. Rokitansky) seine Erfahrungen hierüber mitzutheilen.

Professor v. Rokitansky schliesst sich dem Ausspruche des Vorredners an. In der hiesigen Sammlung befinde sich seines Wissens nur ein Fall, bei welchem hinter einer Strictur innerhalb einer leichten spindelförmigen Ausweitung Knötchen sitzen.

Dr. Grünfeld: Der Ausdruck „Granulationen", wie er in französischen und englischen Büchern gebraucht wird, bedeutet nicht wirkliche Granulationen im anatomischen Sinne, sondern Verdickungen und papilläre Wucherungen der Schleimhaut.

Prof. v. Dumreicher macht darauf aufmerksam, dass congestive Dickenzunahme und Formveränderungen des Gewebes auch bedeutenden Grades nach dem Tode oft völlig verschwunden sind, wenn sie nicht auf wirklicher organischer Gewebsneubildung beruhen, und führt als Beispiel einen in der Gegend der Parotis eines Kranken beobachteten Tumor an, der nach dem plötzlich erfolgten Tode des Kranken nicht mehr zu finden war. Aehnliches möge auch an der Urethralschleimhaut vorkommen.



Prof. v. Rokitansky: Ich zweifle nicht, dass jenes Vorstadium mancher Urethralstricturen, wo die Substitution des Bindegewebes durch ein starres Gewebe sich entwickelt, auch an der Schleimhaut-Oberfläche in Form papillärer Wucherungen zum Ausdruck kommt.

Prof. Dittel erklärt sich mit der Constatirung, dass solche Wucherungen nicht identisch seien mit dem, was der Anatom und Chirurg als wirkliches „Granulationsgewebe" bezeichnet, einverstanden.

Docent Dr. Gustav Jurié weist darauf hin, dass man bei acuter Urethritis häufig gar keine Veränderung constatiren könne. Im Allgemeinen halte er den praktischen Nutzen des Urethroskops gegenwärtig noch für gering. Nachdem Simon die weibliche Harnröhre in der Narkose so erweitert, dass man mit einem Instrumente von 2 Ctm. Durchmesser und mit dem Finger eingehen kann, entfällt der Nutzen der Endoskopie für die weibliche Harnröhre wenigstens völlig. Die Untersuchung der männlichen Harnröhre durch das Urethroskop hält der Redner nur für den cavernösen Theil für empfehlenswerth, im häutigen Theile dagegen sei die Endoskopie wegen der nicht auszuglättenden Schleimhautfaltungen, welche das wie ein gerader Katheder wirkende Instrument nothwendig erzeugen müsse, ohne Nutzen.

Prof. Reder bemerkt dagegen, dass man niemals während des Einführens, sondern immer während des Zurückziehens endoskopirt.

Dr. Grünfeld: Wenn man sich niederbeugt und das Endoskop senkt, so wird die früher gekrümmte Harnröhre gestreckt, und dann sieht man auch die Schleimhaut des häutigen Theils genau. Ohne näher auf den Werth der Endoskopie einzugehen, fährt der Redner fort, müsse er doch betonen, dass auch die Untersuchung der Blasenschleimhaut werthvolle Resultate ergebe. Man könne bei der weiblichen Blase jedenfalls die ganze hintere Fläche und die vordere Partie des Blasengrundes untersuchen; um die vordere Wand zu sehen, müsse man Redners „Fenster-Spiegelendoskop" benützen.

Dr. Jurié macht schliesslich abermals auf die Schwierigkeit der endoskopischen Untersuchung der Schleimhaut des membranösen Theils der Harnröhre aufmerksam, und gibt die Möglichkeit der Beobachtung auch für das Fenster-Spiegelendoskop nur dann zu, wenn das Fenster der Schleimhaut direct anliege.



Bericht über die Leistungen

auf dem

Gebiete der Dermatologie und Syphilis.



Syphilis.

1. **Grünfeld.** Ueber die praktische Verwerthung des Endoskops bei Erkrankungen der Harnröhre. (Mittheilungen des Wiener med. Doctoren-Collegiums, I., 19, 1. Juli 1875.)
2. **Campana.** Binoculäre Endoskopie. (Giorn. it. delle Mal. ven., IX, p. 289.)
3. **Fenger.** Das Endoskop bei chronischer Gonorrhoe. (Nord. Med. Ark. 1874.)
4. **Bonnière.** Neue Untersuchungen über die Blennorrhagie. (Arch. génér. de Méd. 1874.)
5. **Rothmund.** Ueber die Specificität der Genital-Blennorrhoe. (Aerztliches Intellig.-Blatt, Nr. 49, 1874.)
6. **Ricordi.** Der chronische Catarrh der Méry'schen Drüsen. (Gekrönte Preisschrift, Mailand, 1871.)
7. **Morrisson.** Ein Fall von Blennorrhoe des Nabels. (Bull. méd. du Nord, 1874.)
8. **Libermann.** Tripperrheumatismus des Larynx. (L'Union méd., 151, 153, 1874.)

Einem Vortrage Grünfeld's über Endoskopie (1) entnehmen wir, dass G. ausser den schon früher von ihm angegebenen endoskopischen Apparaten (s. diese Vierteljahresschr., I., 1874, pag. 575 ff.) noch ein viertes von ihm sogenanntes Fenster-Spiegel-Endoskop benützt. Dasselbe besteht aus einem cylindrischen Tubus mit trichterförmiger Erweiterung nach vorne. In der Nähe des unteren Endes ist ein ovales Stück der metallenen Wand durch ein Glas substituirt, welches etwa die Hälfte der Peripherie einnimmt. Ein unter einem Winkel von 45⁰ geneigter Metallspiegel wird von unten her in den Tubus so hineingeschraubt, dass derselbe gerade dem Fenster gegen-



über zu liegen kömmt. Da der Spiegel an einem kolbig endigenden soliden Metallstücke angebracht ist, so ist die Einführung dieses Instrumentes in die Urethra ohne Schwierigkeit zu effectuiren. Das Fensterspiegel-Endoskop dient zur Besichtigung je einer Wand der Harnröhre. Die von dieser ausgehenden Strahlen fallen nämlich auf den Spiegel, werden sodann von diesem unter einem rechten Winkel gebrochen und treten beim trichterförmigen Eingange aus. Von diesem Instrumente können kürzere und längere sowie dünnere und dickere Formen in Anwendung gezogen werden. Es zeigt die durch dasselbe allenfalls mässig extendirte, blass rosarothe oder blass gelbliche Harnröhrenschleimhaut die in ihr verlaufenden Gefässe und eventuell Ausführungsgänge von Morgagnischen Drüsen.

Verf. erwähnt noch, dass das mit diesen Instrumenten erlangte Sehfeld hinreichend gross ist, um bei einiger Uebung sich über das Gesehene Rechenschaft geben zu können. Gleichwohl suchte Verf. theils durch einzelne entweder vor das Ocularende gehaltene oder in die Continuität der Tuben eingefügte Convexgläser, theils durch Combination von Convex- und Concavgläsern vergrösserte, und so scheinbar näherliegende Bilder sich zu verschaffen. Mit deren Hilfe kann man kleinere Details im Sehfelde leichter ausnehmen. (Siehe oben pag. 341.)

Für Anfänger ist es rathsam, statt mit der Untersuchung an Lebenden oder an der Leiche zu beginnen, zuvor an einem **Phantom** den Gebrauch des Endoskops sammt Beleuchtungs-Apparat zu lernen. In Ermanglung eines solchen Phantoms genügt es, die endoskopischen Sonden an Drucksorten anzulegen und so diese als Sehobjecte wahrzunehmen. Das Phantom, welches G. construiren liess, ist eine der Blase ähnlich geformte Hohlkugel aus Leder mit einem engen Zugang für die endoskopischen Tuben. Die innere gelblich-weisse Auskleidung enthält mehrere Streifen mit Drucksorten, ferner einzelne Octanten bemalt mit Blutgefässen, Abbildungen von Katarrhen der Blasenschleimhaut, Ziffern etc.

Von einzelnen Instrumenten, die Verf. unter Beihilfe des Endoskops in Anwendung zieht, erwähnt er: den **Wattetamponhälter**, den **Pinsel**, den **Aetzmittelträger** sowohl mit angeschmolzenem Lapis, als auch den mit Zange und Ring (für Lapis oder Kupfervitriol) ferner ein schmales **Messerchen** an dem Ende eines längeren Stabes und endlich conische **Metallsonden** verschiedenen Calibers.



Schliesslich gibt der Verf. eine Uebersicht der einzelnen Erkrankungen der Harnröhre, welche dem Endoskop zugänglich sind. Verf. erwähnt vor Allem die verschiedenen Tripperformen. In acuten Fällen derselben ist die endoskopische Besichtigung nicht immer ausführbar. In den ersten Tagen der Erkrankung schwillt nämlich die Schleimhaut derart an, dass die Harnröhrenmündung bedeutend verengert erscheint. Allein nicht nur diese Veränderung, sondern auch das submucöse Oedem verbietet die Einführung eines Instrumentes, welche überdies auch zu schmerzhaft wäre. Ist jedoch das Oedem gefallen, die Entzündung und Verengerung am Orificium urethrae geringer, so kann die endoskopische Besichtigung leicht vorgenommen werden, da die Einführung eines Instrumentes hier schon möglich ist. Dieser Fall tritt gewöhnlich nach achttägiger Dauer der Krankheit ein. Mit Hilfe des einfachen geraden Endoskops sieht man nun die Schleimhaut der Urethra diffus entzündet und zwar stark geröthet, geschwellt und gelockert. Diese Charaktere sind sämmtlich je einzelnen Merkmalen des endoskopisch sichtbaren Trichters zu entnehmen. Vor Allem fällt nämlich auf, dass der Trichter ganz kurz erscheint, dass seine Wandung nicht geradlinig verläuft, sondern convex nach innen, und endlich bildet die centrale Stelle nicht eine horizontale Linie, sondern eine unregelmässige, zackige, von einem Punkte ausgehende Figur. Die Schleimhaut erscheint kupferroth, livid, in älteren Formen carmoisinroth, zeigt 4 bis 5 stark emporragende Wülste, zwischen welchen mehr weniger dünne schleim-eiterige Fäden liegen. Auch die centrale Stelle ist von Eiter ausgefüllt. Berührt man die Schleimhaut mit Watte oder einem stumpfen Instrumente, so erfolgt sofort eine Blutung. Diese Erscheinungen nehmen bei längerer Dauer der Krankheit allmälig ab.

Anders verhält es sich bei der chronischen Blennorrhoe. Diese ist entweder diffus oder circumscript. In diffusen Fällen der Entzündung findet man in einem Theile der Urethra die Schleimhaut verdickt, die Gefässe sind nicht zu unterscheiden, das ganze Spiegelbild zeigt eine gleichmässige sammtartige Röthe; hie und da finden sich halbkugelig emporragende Wülste. Diese Form wird gewöhnlich als Urethritis granulosa bezeichnet. Allein man findet auch Formen, bei denen bloss eine umschriebene Stelle afficirt ist, beispielsweise Fälle, bei denen bloss eine Wand der Harnröhrenschleimhaut



erkrankt ist. Auch hier sind die erwähnten Charaktere zu unterscheiden.

Ausserdem gibt es Formen, bei welchen nur ein kleiner Bezirk erkrankt ist, in welchem die Affection sich bald als einfache Erosion, bald als Herpes-Efflorescenz auffassen lässt. Bei den circumscripten Formen muss man oft die ganze Harnröhre durchsuchen, bis es endlich gelingt, den Sitz der Krankheit zu eruiren. Dieser aber lässt sich nahezu in allen Fällen auffinden, also auch da, wo nur geringe Symptome, wie Filamente im Urin, das seltene Auftreten von Eitertropfen am Orificium urethrae die Anwesenheit des chronischen Trippers anzeigen.

Hat man nun den Sitz der Krankheit präcise bestimmt, so ist diese begreiflicher Weise auch einer localen Behandlung zugänglich. Die Therapie wird sich je nach der Tiefe und Ausdehnung der Krankheit zu richten haben. In Fällen nämlich, wo bloss eine oberflächliche Veränderung der Schleimhaut vorliegt, werden leicht reizende Mittel ausreichen, während Veränderungen, die auch das submucöse Gewebe betreffen, eine Cauterisation erheischen. In jenen Fällen also, wo bloss leichte Schwellung der Schleimhaut mit serösen Entzündungsproducten gefunden wird, bedient sich Verf. der verdünnten Jodtinctur oder einer Jodkalijodlösung. G. hat wiederholt das Verhalten der Vaginalschleimhaut gegen Jodtinctur und deren Mischungen geprüft und die Ueberzeugung erlangt, dass die succulente Schleimhaut, mit den erwähnten Medicamenten behandelt, sehr rasch und ohne jeden Nachtheil zur Norm reducirt werden kann. Die Erfahrung lehrte, dass auch die Urethralschleimhaut gegen diese Mittel nicht sehr reagirt und dass die Succulenz derselben ziemlich rasch zum Schwinden gebracht werden kann. (? Ref.)

In den Fällen, wo eine tiefere Aetzung erforderlich ist, wendet G. den Lapis en crayon oder einen entsprechend zugespitzten Krystall von schwefelsaurem Kupferoxyd an. Unter Controle des Endoskops kann man genauer als mit jedem Aetzmittelträger die Cauterisation auf eine grössere Fläche ausdehnen oder auf eine kleine punktförmige Stelle beschränken. Man kann hier die Wahrnehmung machen, dass die Cauterisation mit Lapis z. B. als solche keinen Schmerz macht, dass jedoch die rasche Berührung der Urethralschleimhaut mit dem Wattetampon, einem Pinsel etc. empfindlich wahrgenommen wird. Zu bemerken ist, dass eine öftere Abwechs-

lung mit den zur localen Therapie verwendeten Mitteln sich als erforderlich herausstellt.

Eine weitere Krankheitsform, die man in der Urethra vorfindet, sind papillomatöse Wucherungen der Harnröhrenschleimhaut, Excrescenzen, analog den spitzen Warzen oder den Polypen gebaut. Derlei Fälle bedingen öfter Secretion aus der Urethra, Verklebung des Orific. urethrae etc. und schwindet das Grundleiden selbstverständlich nicht nach den üblichen Injectionen. Verf. hat derlei Fälle öfter beobachtet. Mit einer Pincette werden diese weichen Gebilde exstirpirt, worauf der Standort derselben leicht cauterisirt wird. Fürstenheim in Berlin publicirte erst im November v. J. einen ähnlichen Fall von papillomatösen Wucherungen an der Harnröhrenschleimhaut, die er mit Hilfe des Endoskops diagnosticirte. Dabei hatte er die originelle Idee, die Wucherungen mit dem scharfen Rande des seitlich an der endoskopischen Sonde befindlichen Schlitzes durch eine rasche Drehung des Instrumentes gleichsam zu guillotiniren. Was endlich die Stricturen betrifft, so gibt es bekanntlich Fälle, bei denen selbst geübte Chirurgen erst nach wiederholten Versuchen Eingang finden. Untersucht man nun eine solche Strictur, so kann man die Mündung derselben sehr leicht auffinden, und hat man dieselbe entsprechend, d. h. etwas excentrisch eingestellt, so kann man mittelst einer weichen Bougie, wenn sie geradlinig und nicht verbogen ist oder einer metallenen conischen Sonde sofort entriren. Verf. hatte Gelegenheit, Fälle zu behandeln, bei denen er nach 5—6maligem vollständigen Entriren noch immer ohne Zuhilfenahme des Endoskops die Strictur nicht passiren konnte.

Es ist klar, dass die Auffindung fremder Körper in der Urethra mit keinerlei Schwierigkeiten verbunden sein wird, und es handelt sich in einem gegebenen Falle vornehmlich um ein geeignetes Instrument, welches unter Beihilfe des Endoskops den deutlich gesehenen Körper auch erfassen kann.

Campana (2) schlägt ein binoculäres Endoskop vor, welches er construirt, indem er irgend einem Endoskop das Ocular mit den Prismen des Giraud-Teulon'schen Augenspiegels vorsetzt.

Zwei rhomboidale Prismen mit Winkeln von 45 Graden werden hinter dem Reflektor so angebracht, dass ihre spitzen Winkel



in der Mitte der Spiegelöffnung zusammentreffen. Die Prismen selbst sind halb so lang als die Distanz der Augen des Beobachters und geben zwei stereoskopische Bilder des Objects. Zwei convergirende Prismen, welche zwischen den Rhomboiden und den Augen placirt sind, bewirken die Vereinigung beider Bilder zu einem Gesammtbilde.

Fenger (**3**) gibt als die endoskopisch wahrnehmbaren Erscheinungen bei chronischer Gonorrhoe an: Oberflächliche Röthung des hinteren Theils der Harnröhre (des prostatischen Theils), parenchymatöse und hyperplastische locale Urethritis, Condylome, Polypen, primäre und secundäre syphilitische Eruptionen. Die letzteren sollen sehr selten vorkommen (d. h. sie sind bisher noch selten beachtet oder aufgesucht worden. In der Wiener Ges. d. Aerzte wurde vor Kurzem eine Urethra eines Syphilitischen gezeigt, welche in der Pars cavernosa hinter der schiffförmigen Grube Geschwürsnarben zeigte, die offenbar von secundären (nicht wie vermuthet worden war, primären syphilitischen Affectionen) zurückgeblieben waren. Ref.)

Bonnière (**4**) hat bei einer an blenorrhoischer Augenentzündung und Vulvo-vaginal-Blennorrhoe leidenden Frau mit einem Pinsel das Secret der letzteren auf verschiedene Schleimhäute aufgetragen. Daraus ergaben sich ihm folgende Resultate:

1. Die Blennorrhagie ist kein einfacher Schleimhaut-Catarrh;
2. sie ist eine specielle virulente Affection der Lymphnetze, eine contagiöse Lymphangitis specifischer Natur;
3. sie ist den Schleimhäuten mit Pflasterepithel eigenthümlich (das Secret haftete z. B. nicht an der Mastdarm-, wohl aber an der Analschleimhaut);
4. die mit andern Arten Epithel versehenen Schleimhäute blieben von der Erkrankung frei (wie verhält es sich mit der Uterusblennorrhoe? Ref.);
5. die Mehrzahl der Complicationen ist diathesischer Natur oder erfolgt durch Resorption des Eiters. (? Ref.)

Rothmund (**5**) tritt wieder einmal mit der Behauptung auf, dass die Uebertragbarkeit des Trippers keineswegs die Nothwendigkeit der Annahme eines specifischen Contagiums involvire. Die Erfahrung lehre die spontane Entstehung der Schleimhautentzündungen,



besonders beim Weibe, welche auf die männlichen übertragen werden können. Bei Männern seien dergleichen spontan entstandene Erkrankungen selten, kommen aber doch vor (z. B. am Präputium), zuweilen als das Ergebniss von mechanischen oder chemischen Reizen (z. B. Nieren- oder Blasensteinconcrementen). Folglich könne nicht mehr von einem constanten specifischen fixen Contagium, von einem Trippergifte sui generis die Rede sein. Dem specifischen Contagium müsste ja eine specifische Wirkung und Wirkungsäusserung, ein specifisches pathisches Product entsprechen. (? Ref.)

R. erörtert ferner das Verhältniss der Conjunctivalblennorrhoe zum Tripper und behauptet, der einfache C.-Katarrh könne sich zur Blennorrhoe steigern, es bestehe zwischen beiden kein essentieller, nur ein gradueller Unterschied. Secret der C.-Blennorrhoe könne einen Tripper, Secret eines Trippers könne C.-Blennorrhoe veranlassen, somit seien beide Krankheiten identisch, bedingen erfahrungsgemäss dieselben anatomischen Veränderungen auf den bezüglichen Schleimhäuten, und könne somit auch nur ein gradueller Unterschied zwischen Tripper und Urethralkatarrh bestehen.

Dass ein einfacher Katarrh und kein constantes specifisches Contagium sui generis im Stande sei, Tripper beim Manne hervorzurufen, will R. noch aus dem ableiten, dass der Coitus mit einem Weibe, deren Genitalien mit einem einfachen Katarrhe behaftet sind oder während der Menstruation Tripper hervorrufen kann. (Der Beweis hiefür ist noch nicht geliefert. Ref.)

Dann beruft er sich auf die Thatsachen, dass von einem Individuum ein Mann einen Tripper bekommen kann, ein zweiter leer ausgeht, dass ein Ehemann von seiner mit Blennorrhoe behafteten Gattin keinen Tripper erwirbt, wohl aber von einer derartig erkrankten anderen Frau, während ein anderer Mann von jener ersten Frau blennorrhoisch inficirt werden könne.

Ricordi beschreibt (6) den chronischen Katarrh der Méry'schen, Cowper'schen Drüsen, auf die schon Boerhave, Astruc, Bell, Cowper, Littré aufmerksam gemacht hatten. Ricordi unterscheidet zwei Formen: Eine opaline bisweilen eitrig werdende Secretion, welche von Urethralsecret schwer zu unterscheiden ist und eine zweite Art von Ausfluss, welche schon des Morgens die Urethralöffnung verklebt und als eine gelatinöse fadenziehende Masse er-



scheint, deren Stränge in einer zarten, aus Epithel der Cowper'schen Drüsen bestehenden Hülle eingeschlossen sind. Die subjectiven Erscheinungen sind gering. Mit dem Endoskop sieht man bloss eine leichte Röthung der Schleimhaut der Harnröhre. Druck auf das Mittelfleisch erzeugt keinen Schmerz. Die Affection tritt in Folge einer Urethritis auf und kann Anlass zu neuer Urethritis geben. (Die Bestätigung dieser Angaben dürfte schwer fallen. Ref.)

Einen Fall von Nabelblennorrhoe beschreibt Morrisson (7). Ein 39jähriger Mann litt seit 2 Monaten an einer Urethralblennorrhoe (zum 4. Male), die im September 1874 verschwand. Gleichzeitig trat aber ein gelblicher Ausfluss aus dem Nabelring ein, ohne irgend welche Härte in der Umgebung. Bei Druck trat die Flüssigkeit reichlicher hervor. Der Patient trat nach einigen Tagen ungeheilt aus der Behandlung.

Liebermann (8) erzählt die Krankengeschichte eines von ihm sogenannten Tripperrheumatismus des Kehlkopfes. Ein Soldat hatte 1872 Rheumatismus gehabt, bekam im April 1873 einen Tripper und erkrankte Mitte Mai an Schmerzen der Knie- und Schultergelenke zugleich mit Aufhören der Secretion. Nach 3 Tagen bekam er Schmerzen im Halse und wurde aphonisch. Die Schleimhaut über den Aryknorpeln erschien geschwellt, das linke Stimmband etwas gelähmt. Das Crico-Arytaenoidalgelenk geschwellt, wie es schien, fluctuirend. Tct. Jod. und Tct. Op. eingepinselt. Nach 24 Stunden Heilung.

9. **Lamarre.** Behandlung der acuten Gonorrhoe mit Haschisch und Benzoesäure. (Ann. de Derm., V, 5, 1874.)

10. **Pirovano.** Ein Beitrag zur Behandlung der Harnröhren-Blennorrhagien mit Injectionen von Chloralhydrat. (Giornale Italiano delle malattie veneree e della pelle 1874, pag. 242.)

11. **Martin-Damourette.** Bromkalium bei Gonorrhoe. (The Lancet, 3. Jänner 1874.)

12. **Bligh.** Ueber denselben Gegenstand. (The Practitioner, Februar 1874.)

13. **Gazeau.** Sulfas Cadmii gegen acute Urethral-Blennorrhoe. (Bull. génér. de Thérap., 15 Mai 1874.)



14. Godon. Abortive Behandlung der Gonorrhoe bei Männern durch Injection von Thonerde. (Am. Journ. of Syph. Oct. 1874.)

15. Brémond jun. Ueber die Behandlung des Trippers mit ätherischen Oelen. (Gaz. hebd. 2me Sér. XI. 47. 1874.)

16. Löw. Ueber denselben Gegenstand. (Pester med.-chir. Presse, X. 50. 1874.)

17. Gamberini. Zwei Fälle von blennorrhoischer Urethrodynie geheilt durch hypoderm. Einspritzungen von salzsaurem Morphin. (Giorn. Ital. delle mal. ven. 1875, pag. 78.)

18. Bizarri. Höllensteinlösung bei blennorrhoischer Nebenhodenentzündung. (L'Imparziale 1874.)

Lamarre verschreibt bei acuter Blennorrhoe der Harnröhre (**9**) Tct. Cannab. ind. 2·0, Ac. benz. 1·0 täglich in einer Lösung, innerlich zu nehmen. In 2—6 Tagen verschwindet der Schmerz und man kann mit Copaiva u. dgl. beginnen.

(Es wird ziemlich gleichgiltig sein, ob man gegen die Harnbeschwerden im acuten Stadium Haschisch oder Morphin oder Lupulin in angemessener Gabe anwendet. Ref.)

Pirovano (**10**) liess bei einem jungen Manne, der an einer Harnröhren-Blennorrhoe mit sehr heftigen Schmerzen litt, Einspritzungen von Chloralhydrat in die Urethra vornehmen. Die Lösung bestand aus 1 Gramm Chloralhydrat auf 100 Gramm Wasser und wurden täglich 3 Injectionen vorgenommen. Die Schmerzen wichen nach 4 Tagen vollständig, während die früher angewendeten Balsame und Bäder keinerlei Erfolg gehabt hatten.

Bromkalium in Gaben von 4 bis 6 Gramm täglich wendet Martin-Damourette (**11**) bei Gonorrhoe an, bisweilen mit Tinct. Digitalis.

Auch Bligh empfiehlt (**12**) gegen acuten und chronischen Tripper Bromkalium innerlich und Injectionen. Er verschreibt innerlich pro die:

Rp. Kali carb. 3·0 Gramm
Kalii bromati 4—6·0 „
Tct. Hyoscyam. 2·0 „
Aq. Camph. 150·0 „

Als Injection:

Rp. Kalii bromati 6·0 Gramm
Glycerini 10·0 „
Aq. dest. 150 „
Eine Injection alle 4 Stunden.

Gazeau (**13**) hat den Injectionen mit Sulfas Zinci angeblich mit Erfolg jene mit Sulfas Cadmii substituirt. Er verwendet Lösungen von 1 : 1000 oder 1 : 1500, auch 1 : 1800. Einspritzungen mit diesen Lösungen, alle 2 Stunden vorgenommen, sollen sehr rasch das acute Stadium der Blennorrhoe beenden. Die Cur soll 15—20 Tage dauern und man kann in den ersten zwei Tagen Copaiva nebstbei geben. In der chronischen Blennorrhoe, wenn sie mehrere Jahre dauert, ist Sulfas Cadmii erfolglos, nichtsdestoweniger (!) empfehlen sich (? Ref.) nach jedesmaligem Uriniren Injectionen von nachstehender Lösung: Aqua dest. gramm 100, Sulf. Cadmii gramm 0·07, Magist. Bismuth. 0·5.

Godon (**14**) behandelte nach dem Vorgehen des Dr. Hewson in Philadelphia 35 Fälle von acuter Gonorrhoe mit Einspritzungen einer Suspension von Thonerde in Wasser. Nach 6—7 Tagen im Mittel soll die Heilung eingetreten sein. (? Ref.)

Statt der Inhalationen von ätherischen Oelen bei Tripper, wie sie Zeissl empfohlen hatte (d. A. 1873, pag. 593) empfiehlt Brémont (**15**) die Einverleibung durch die Haut in Form von Kistendampfbädern mit Terpentindämpfen. Er fand, dass sich bei der Absorption durch die Haut der Veilchengeruch des Harns zwar später einstellte als nach der Inhalation der Terpentindämpfe, aber länger andauerte; er trat nach 3—4 Stunden auf, war nach 6 Stunden am intensivsten und dauerte meist bis zum andern Tage. Wenn die Dampfbäder 1 Woche lang täglich genommen wurden, dauerte der Veilchengeruch des Harns noch 5 Tage nach dem letzten Bade fort. (Ein gleiches Verhalten beobachtete Br. bei der Inhalation



von Joddämpfen und der Resorption derselben durch die Haut.) Während nach Genuss von Spargel der Veilchengeruch gleich nach der Mahlzeit verschwand, wenn die Terpentindämpfe inhalirt worden waren, dauerte er trotzdem fort, wenn die Einverleibung der Dämpfe durch die Haut geschehen war. Daraus folgt nach Br., dass durch Einverleibung der Dämpfe in Form von Bädern, die auf die ganze Hautfläche wirken, eine viel grössere Menge von Terpentin in den Organismus aufgenommen wird als durch die Inhalation, oder wenigstens, dass das Mittel länger im Organismus verweilt und deshalb eine stärkere Wirkung ausübt. Bei Tripper erzielte Br. mit Terpentindampfbädern in der Dauer von je $^1/_4$ Stunde ausgezeichnete Erfolge. Er theilt 5 Fälle mit, in denen die Behandlung je nach der Schwere der Erkrankung 3—10 Bäder erforderte, die längste Behandlungsdauer betrug 10 Tage. Besonders wird hervorgehoben, dass Verdauungsstörungen dabei nicht auftraten, sondern die Esslust vielmehr nach jedem Bade gesteigert erschien. (Die Aufnahme der Dämpfe erfolgte sicherlich bei diesen Versuchen nicht durch die Haut, sondern wie bei den Inhalationen durch die Athmungsorgane. Ref.)

Löw (16) versuchte die Inhalation von Terpentindämpfen in einem (! Ref.) Falle von Tripper, ohne indessen einen wesentlichen Nutzen damit zu erzielen. Obwohl der Veilchengeruch des Harns beinahe immer vorhanden war, war die Besserung nach 3 vollen Wochen doch nur sehr unbedeutend. Die Anwendung der Terpentindampfbäder, wie sie Brémont empfiehlt, hält Löw für sehr complicirt und kostspielig.

In zwei Fällen von heftigen Harnbeschwerden bei Gonorrhoe, wo alle andern Mitteln erfolglos blieben, machte Gamberini (17) je zwei Injectionen mit Morphinlösung und zwar jedesmal eine am Mittelfleisch, die andere seitlich von der Harnröhre (0·05 in 2·0 Wasser) an zwei Tagen nach einander. Die Symptome der Urethrodynie verschwanden darauf vollständig.

In einem Falle von Epididymitis bei einem tripperkranken Manne liess Bizarri (18) Compressen dreimal täglich appliciren, welche in eine Lösung von Nitr. arg. (1 : 20) getaucht waren. Nach kurzer Zeit soll der Schmerz und das Fieber sich gemindert haben



und nach 6 Tagen die Anschwellung des Nebenhodens verschwunden sein. Die Blennorrhoe, welche bei Beginn der Epididymitis aufgehört hatte, kehrte nicht wieder.

19. Grünfeld. Zur Casuistik der spitzen Condylome. (Sitzungsbericht der Ges. d. Aerzte in Wien vom 23. April 1875.)

20. Berry. Behandlung venerischer Warzen und Condylome. (Med. Press and Circular. 10. Juni 1874.)

21. Beauvais. Balanoposthitis parasitaria bei Glycosurie. (Gaz. méd. de Paris, Nr. 18, 1874.)

22. Nyström. Die Balanoposthitis; ihre Rolle in Bezug auf den Schanker und ihre radicale Behandlung. (Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie. 1873—74. 5. Heft.)

23. Vajda. Die Circumcision der Vorhaut und eine verbesserte Methode derselben. (Wiener med. Wochenschr. Nr. 22 u. 23. 1864.)

24. Lepine. Behandlung der Paraphimose mit elastischer Binde. (Journ. de Méd. et de Chir. prat. 1874, Nr. 11.)

25. Jakubowitsch. Bubonen-Behandlung mit Injection von Jodkalium. (Wiener med. Presse, 3 und 4, 1875.)

Grünfeld (**19**) stellte einen Fall von Condylomata acuminata des Kopfes vor. Der betreffende Kranke, ein Bäckergeselle, war im Mai und Juni 1872 auf der Klinik des Prof. v. Sigmund mit zahlreichen an den Genito-Analpartien verbreiteten spitzen Warzen (Tripperwarzen) in Behandlung, welche, wiederholt recidivirend, dermalen noch fortbestehen. Gegenwärtig hat Patient überdies am behaarten Theile des Kopfes viele (50—60) Gruppen von wuchernden spitzen Warzen, welche, mitunter grosse Cumuli darstellend, nahezu die ganze behaarte Kopfhaut, besonders den Vertex occupiren und die charakteristischen Merkmale der Tripperwarzen aufweisen. Eine solitäre Gruppe findet sich auch am rechten Arme. Anknüpfend an diesen Fall von extragenitalen Condylomen werden Zeichnungen von spitzen Warzen je am rechten Saume der Uvula, an der Conjunctiva des unteren Augenlides und der Sclera, ferner an der Schleimhaut der Urethra, 4 Ctm. vom Orificium cut. entfernt (endoskopisches Bild) demonstrirt. Alle drei hiehergehörigeu Kranken hatten früher oder später auch ad genitalia ähnliche Krankheits-

formen. (Ref. hat spitze Warzen auf dem Kopfe besonders bei syphilitischen Individuen öfter gesehen, welche früher an Impetigo specifica capillitii gelitten hatten.)

Berry behandelt (20) venerische Vegetationen mit salpetersaurem Quecksilberoxyd bei sorgfältigem Schutz der Umgebung durch Olivenöl. (Wurde schon öfter empfohlen. Ref.)

Gubler hat zuerst auf das Factum aufmerksam gemacht, dass zuckerhältiger Urin, welcher in den Präputialsack gelangt und daselbst zurückgehalten wird, essigsaure und milchsaure Gährung eingeht und dass diese Gährung angeregt und unterhalten wird durch die Anwesenheit von Sporen im Secrete der Schleimhaut der Eichel und des Präputiums. Die Folge davon ist nach Beauvais (21) eine beträchtliche Irritation der Theile, eine wahre Balanoposthitis, welche Pruritus und unerträgliches Brennen verursacht und zur Phimose führt, um derentwillen die Kranken den Arzt consultiren. Wenn nun dieser von dem Vorhandensein des Diabetes keine Ahnung hat und den Kranken operirt, setzt er den Kranken einer Gefahr aus, weil bei Diabetikern wenig Heiltrieb vorhanden ist. Es wird also wichtig sein, auf die Provenienz der Phimose Acht zu haben und zu diesem Behufe die mikroskopische Untersuchung des Präputialsecretes vorzunehmen, ob sich Pilze in selbem finden; im Bejahungsfalle muss dann der Urin auf Zucker geprüft werden. Es sei noch bemerkt, dass auch bei Weibern eine Irritation der Geschlechtstheile in Folge von Glycosurie vorkommt, indem nämlich der zuckerhältige Urin im Scheidenvorhofe ebenso gährt wie im Präputialsacke und dass die durch jene Gährung veranlasste Reizung und Entzündung sich über die ganze Vulva und die benachbarten Partieen ausbreitet und dabei einen unerträglichen Pruritus erzeugt. In Folge der Contiguität der Gewebe ergreift die Entzündung auch die angrenzende Haut, welche verdickt wird.

Nach der Ansicht Nyström's (22) sind zwei Drittel der Fälle von Balanoposthitis als Symptom einer constitutionellen Erkrankung aufzufassen, und zwar sind unter diesen besonders Neigungen zu Rheumatismen und zu Scrophulose zu nennen.

Die Behandlung dieser Art von Balanoposthitis sieht Verf. als ein höchst wichtiges Prophylacticum gegen venerische Erkrankungen



an, da eine in dieser Weise afficirte Eichel und Vorhaut einen locus minoris resistentiae dafür darbieten.

Als wirklich radicales Mittel räth Verfasser das Bestreuen der Glans und des Präputiums mit Tannin in Pulverform an. (Auch Ref. hat es erprobt. Ref.)

Vajda (23) empfiehlt die Circumcision in der Ebene des Sulcus coronarius (Amputation der Vorhaut) mit Verdrängung des Blutes nach Esmarch's Methode, um durch Vermeidung der Gefässunterbindung günstigere Chancen für die Heilung per primam intentionem zu gewinnen. (? Ref.) Von den 21 Fällen, welche der Verf. so operirte, scheinen nur vier unbestritten per primam intentionem geheilt worden zu sein.

Lepine (24) umwickelte nach mehrfachen vergeblichen Reductionsversuchen eine seit 5 Tagen bestehende Paraphimose der Eichel von der Spitze bis zur Corona mit einer kleinen 1 Ctm. breiten Kautschukbinde, über die er eine zweite etwas fester anlegte. Nach 10 Minuten war die violette, geschwellte Eichel weiss und geschrumpft und die Reduction gelang mit Leichtigkeit.

Jakubowitsch (25) macht bei suppurirenden Bubonen subcutane Einspritzungen von Jodkalium-Lösung (15 Gran und 5 Tropfen Jodtinctur auf 1 Unze Wasser). (Die Injections-Methode ist nicht neu und hat sich — wie vielfache Versuche gelehrt haben — wohl nur selten bewährt. Ref.)

26. Schwarz. Ein Fall von syphilitischem Schanker am Collum uteri. (Ann. de Derm. VI, 1, 1875.)

27. Morgan. Modificirte Syphilis. (British med. Journal Juni 1874.)

28. Gascoyen. Fälle syphilitischer Reinfection. (The Lancet, 1874, II, Nr. 22. 28. Nov.)

29. Bremer. Das syphilitische Fieber. (Nord. Med. Ark. 1874.)

30. Janowsky. Casuistische Beiträge zur Lehre vom syphilitischen Fieber. (Prager Vierteljahresschrift 1874, Bd. 121 und 124.)



31. **Weil.** Ueber das Vorkommen des Milztumors bei frischer Syphilis, nebst Bemerkungen über die Percussion der Milz. (Deutsches Arch. f. klin. Med. 13. Bd. 3. Heft. 1874.)
32. **Bälz.** Ueber hämorrhagische Syphilis. (Arch. d. Heilkunde, XVI. 2. p. 179. 1875.)

Schwarz schildert aus Fourniers Klinik (26) einen Fall von syphilitischem Schanker des Collum uteri. Vulva frei, Leistendrüsen wenig geschwellt (wie gewöhnlich in solchen Fällen. Ref.), Collum uteri hart anzufühlen. Grosse, beide Lippen des Muttermundes einnehmende Ulceration mit grauer, fest anhaftender Beilage.

Die Ansteckung erfolgte von einem Manne mit indurirtem Schanker an der Spitze der Eichel, nahe der Urethralmündung, der jetzt schon vernarbt ist und mit papulösem Syphilid.

Morgan ist der Ansicht (27), dass nicht indurirte Schanker mildere Formen von allgemeiner Erkrankung zur Folge haben können, und unterstützt diese Behauptung durch die bekannten insbesondere von den Primäraffecten bei Weibern hergenommenen Argumente. Er hält das bei Prostituirten häufig vorkommende Initialgeschwür für einen Ausdruck der syphilitischen Infection auf Syphilis-gesättigtem Boden (der Clerc'schen Lehre ziemlich analog, Ref.). Er beruft sich auf seine schon früher vorgetragene Beobachtung (siehe dieses Archiv, 1871, pag. 62 ff.), dass man durch Uebertragung des Vaginalsecrets Syphilitischer auf die Träger selbst weiche, in Generationen fortimpfbare Geschwüre erzeugen könne.

Gascoyen theilt 71 Fälle syphilitischer Reinfection (28) mit, von denen er 11 selbst gesehen hat. Fast alle diese Fälle waren bei der ersten Infection mit Mercur behandelt worden. Aus dem Umstande, dass in 6 Fällen die zweite Infection stattfand, während die Individuen noch tertiäre Symptome darboten, schliesst Verf., dass das, was man tertiäre Syphilis nennt, nicht als solche, sondern als eine Nachkrankheit derselben aufzufassen ist. (Diese Anschauung scheint in der That in gewissem Sinne berücksichtigungswerth. Ref.)

In einer Arbeit über das syphilitische Fieber, welche 44 Fälle von thermischer Beobachtung umfasst, gibt Bremer (29) an, dass unter 19 Fällen nur 1 beim Auftreten der allg. Syphilis keine Tem-



peraturerhöhung bis 38⁰ zeigte, bei 12 stieg sie darüber, bei 5 bis 39, bei 1 bis 40⁰. Bei Recidiven trat nur 9mal in 25 Fällen Temperatursteigerung ein und nicht über 38⁰. Das Fieber war von continuirlichem Typus mit kleinen Morgenremissionen, nur selten morgendlichen Exacerbationen. Weder eine intermittirende Form, noch die von den Franzosen angegebene typhoide Fieberform wurde beobachtet. Mercur und Jodkalium haben dem Verf. keineswegs so schnelle Hilfe gewährt, als es deutsche Autoren (Günz) angeben.

Auch Janowsky (**30**) hat auf der syphilitischen Abtheilung des Prof. Petters im Krankenhause zu Prag in 25 Fällen das syphilitische Eruptionsfieber constatiren können. Diese 25 Fälle stellen 23·5 Procent sämmtlicher während jener Zeit beobachteten mit Syphilis behafteten Patienten dar. Das Fieber trat, wie die secundären Symptome überhaupt, zwischen der 6. und 8. Woche nach der localen Primärerkrankung mit einem Schüttelfroste, grosser Prostration und heftigem Kopfschmerz auf. Das hierauf sich manifestirende Exanthem stand seiner Heftigkeit nach nie im Verhältniss zur Heftigkeit des Fiebers, welches in einem Falle die Höhe von 41·2⁰ erreichte. Das Fieber hatte gewöhnlich einen remittirenden Charakter und verschwand in der Regel mit dem Auftreten des Exanthems. Wo es weiter fortdauerte, hatte der Gebrauch von Quecksilber oder Jodkalium die Wirkung fiebervertreibender Mittel.

Nachdem Weil (**31**) eine vorläufige Mittheilung über den Milztumor bei frischer Syphilis bereits (s. dieses Archiv 1874, pag. 600) veröffentlicht hatte, ergeht er sich nun in einem sehr ausführlichen Aufsatze über diesen pathologischen Befund, ohne jedoch eine grössere Anzahl von Beobachtungsfällen zur Hand zu haben als drei Milztumoren von 25 Syphilitischen. Aus der Thatsache, dass Verf. in besagten drei Fällen zwischen dem Auftreten der primären Induration und dem Ausbrechen der Allgemeinerscheinungen einen Milztumor zu constatiren Gelegenheit hatte, der auf eine antisyphilitische Behandlung nach kürzerer oder längerer Zeit zurückging, zieht der Verf. eine Reihe von Schlüssen, gegen die sich allerlei einwenden lässt. — Am Schlusse seiner Abhandlung legt der Verf. folgende fünf Fragen zu einer etwaigen Beantwortung vor:



1. Kommt der Milztumor nur bei constitutioneller Syphilis und als Vorläufer derselben vor, oder auch bei den einfach contagiösen Geschwüren von localer Bedeutung und bei Blennorrhoe?

2. In welcher Zeit tritt der syphilitische Milztumor auf, gleichzeitig mit der initialen Sklerose, bald nach ihr oder schon vor ihr?

3. Wie lange besteht der syphilitische Milztumor? Geht er spontan zurück? Wie verhält er sich gegen Chinin?

4. Disponirt ein nicht vollständig zurückgebildeter Milztumor zu Recidiven? Lässt sich ein solcher während der sogenannten Latenz der Syphilis nachweisen? Findet er sich bei Recidiven der früheren Periode vor?

5. Wodurch unterscheiden sich die Fälle von Syphilis, in denen Milztumor eintritt, von den anderen, in denen er fehlt?

Bälz berichtet (**32**) folgenden Fall von hämorrhagischer Erkrankung eines Syphilitischen:

Ein 25jähriger Kaufmann (Weinhändler), abgesehen von einem sehr schweren im Felde überstandenen Typhus, der übrigens keine Folgen zurückliess, stets gesund, hatte sich Anfangs 1873 in Berlin einen Schanker zugezogen, auf welchen eine Lymphdrüsenvereiterung in der rechten Leiste und nach mehreren Monaten ein über den ganzen Körper verbreiteter Ausschlag folgte, der für syphilitisch erklärt und mit Quecksilber behandelt, sich fast ganz verloren hatte, aber in geringerem Masse bald wieder aufgetreten war. Derselbe bestand im Gesichte und an einzelnen Stellen des Rumpfes und der Extremitäten noch, als Patient den 14. Febr. 1874 zufällig bemerkte, dass der kleine Finger der rechten Hand in allen Gelenken steif und bei Bewegungsversuchen schmerzhaft war. Auf den Rath eines Arztes ging er nach Hause, band das erkrankte Glied auf ein Stück Pappe fest und legte sich sofort zu Bette. Trotzdem waren am nächsten Morgen das rechte Hand- und Ellenbogengelenk, sowie beide Fussgelenke so geschwollen und empfindlich, dass der Kranke das Bett nicht verlassen konnte; durch Fixirung sämmtlicher ergriffenen Gelenke mittelst Papp-Watte-Verbänden wurden jedoch die Schmerzen bedeutend gemildert. Ohne vorausgehende Störung des Allgemeinbefindens brach in der Nacht vom 15. zum 16. Febr. über den ganzen Körper, am stärksten auf dem Rücken, Gesäss, Oberarmen und Oberschenkeln, ein blutfarbiges Exanthem aus,



begleitet von heftiger Schmerzhaftigkeit in den Gelenken und in der gesammten Muskulatur des linken Oberarms. Das Allgemeinbefinden war dabei ziemlich ungestört, der Appetit in mässigem Grade erhalten, keine Hirnerscheinungen, keine Brustsymptome, kein Fieber.

Bei der Aufnahme in das Krankenhaus am 17. Febr. Abends erschien die Haut des Kranken mit grossen Schweisstropfen bedeckt. Ueber den ganzen Körper ausgebreitet, im Gesicht am reichlichsten, auf der Stirn oberhalb der Nasenwurzel, ferner sehr stark auf dem Rücken, dem Gesäss, auf den Streckseiten der Extremitäten, aber auch auf jeder andern Localität der allgemeinen Decke fanden sich linsen- bis zweithalergrosse hämorrhagische Efflorescenzen, theils einzeln stehend, theils zu mehr weniger kreis- und kleeblattähnlichen Figuren verschmolzen. Diese Stellen, sämmtlich vollkommen scharf gegen die Umgebung abgegrenzt, hatten theils den Charakter von Maculae, theils von Papulae; viele erschienen beetartig flach. Zwischen den dunkelrothen Efflorescenzen lagen zahlreiche, eben so grosse oder noch grössere Stellen, durch Farbe, Form und Schuppenbildung das Bild eines squamösen Syphilides darstellend, zum Theil durch ihr chamoisgelbes Aussehen und die Feinheit der Schüppchen an Pityriasis versicolor oder an Herpes tonsurans erinnernd. Diese Stellen, nach Angabe des Kranken grösstentheils erst im Laufe der letzten 36 Stunden entstanden und ursprünglich blutigroth gefärbt gewesen, hatten sehr rasch eine blasse Farbe angenommen und waren, gleich den frischen Hämorrhagien, am zahlreichsten auf dem Rücken, den Hinterbacken, Oberschenkeln und Oberarmen, nur sehr vereinzelt am Bauche. Am Kopfe überwogen gleichfalls die frischen Efflorescenzen, und zwar vorzüglich auf der Glabella und an den Supraorbitalgegenden, während Wangen und Augenlider eine lividblaue Verfärbung zeigten und deutlich geschwollen waren. Zahnfleisch und Zähne vollkommen gesund; Zunge dick gelbweiss belegt, feucht; sehr übler Geruch aus dem Munde; Gaumen- und Rachentheile normal, Stimme heiser, Kehlkopfeingang geschwollen (chron. Katarrh), Stimmbänder röthlich. T. 38; P. 80; 24 Athemzüge. Von Seite der Respirations- und der Circulationsorgane keine weitern Erscheinungen. Appetit gering; mässige Verstopfung. Sämmtliche Gelenke des rechten Arms und des linken Beins geschwollen, bei Druck und bei Bewegungen schmerzhaft, die Weichtheile gleichfalls in hohem Grade infiltrirt und schon gegen leise Berührung empfindlich; die Haut an einzelnen



Stellen grünlich verfärbt. Urin dunkel gefärbt, klar, sauer, ohne Eiweiss und Blut. — Fixation der kranken Glieder durch Papp-Watte-Verbände; innerlich Kal. jodati 2·5 Grmm. pro die.

18. Febr. Morgens. In der Nacht wenig Schlaf. Bei ruhiger Lage keine Schmerzen. Linker Vorderarm kolossal geschwollen, äusserst empfindlich. Auf dem Bauch, rechter Hinterbacke und linkem Oberschenkel mehrere über 1 Qu.-Cm. grosse frische Hämorrhagien. Die gestern ganz frisch aussehenden dunkelrothen Efflorescenzen bereits zum grossen Theile abgeblasst, den oben beschriebenen gelbrothen Flecken mit den kleinen Schüppchen ähnlicher; die Abblassung von der Peripherie nach dem Centrum vorschreitend, daher die einzelnen Efflorescenzen in einem gewissen Stadium wie von einem Hofe umgeben. — Abends: T. 38·6, P. 112, R. 32. Wenige neue Hämorrhagien. Heftige Schmerzen in der rechten Seite und am Rücken, besonders bei tiefem Athemholen und beim Husten; neben schleimigen, bronchitischen Sputis, hellrothe, rein blutige. Auf der Brust rechts hinten unten mässige Dämpfung, Knisterrasseln, pleuritisches Reiben. Eisumschlag auf die rechte Seite; Morphium innerlich.

19. Febr. Früh. T. 38·2, P. 108, R. 30. Schlaf leidlich, Schmerzen auf der rechten Seite und Husten bedeutend geringer; Sputa unverändert. Auf dem Rumpfe erschien die ganze von den Eisumschlägen bedeckte Stelle in eine grosse hämorrhagische Fläche verwandelt, deren Grenzen genau mit denen des Umschlags zusammenfielen. Diese Fläche hatte in Folge des verschiedenen Sitzes der Blutungen (theils unter der Epidermis, theils im Corium) ein scheckiges Aussehen mit düsterrothem Grundton, auch fanden sich einzelne kleine normal gefärbte Fleckchen. Die oberflächlichsten schwarzrothen Blutergüsse, fast ausschliesslich auf das rechte Hypochondrium beschränkt, bildeten meist sternförmige Figuren, die mit ihren Ausläufern zwischen die übrigen Eruptionen hineingriffen und die an die sternförmigen Teleangiktasien erinnerten, welche sich auf den Wangen und an der Nase vieler Leute finden. — Eine dem L a n g e r'schen Spaltbarkeitsgesetz entsprechende Vertheilung der Efflorescenzen liess sich nicht nachweisen, vielmehr sassen die Blutungen auf den Rippen gerade so dicht, wie in den Intercostalräumen. Bei genauem Zufühlen und bei schräger Beleuchtung bemerkte man eine mehr oder weniger papulöse Beschaffenheit der meisten Eruptionen, deren Entwicklungsmodus sich nach Verf. folgendermassen auf-



fassen lässt. Ein intensiv rother, bei Fingerdruck seine Farbe beibehaltender Fleck besteht 3—4 Stunden lang als glatte, sich ganz normal anfühlende Fläche, nach dieser Zeit erhebt er sich nach Art einer Urticariaquaddel rasch über die Oberfläche, und wird binnen 24—36 Stunden wieder flacher, während die dunkle Farbe einem matten schmutzigen Gelbroth Platz macht. — An den Extremitäten, in geringerem Grade am Rumpfe, wurde beim Auftreten zahlreicher Efflorescenzen die Haut der ganzen Gegend derb infiltrirt, ödematös, und gegen Berührung empfindlich. Der Kranke konnte diese Theile nicht bewegen und empfand in denselben ein lebhaftes Spannungsgefühl, welches nach Einreibung mit Oel nachliess. Die Dämpfung auf der Brust, sowie das Rasseln bedeutend geringer. Gelenkaffectionen im Wesentlichen unverändert. Allgemeinbefinden vollkommen gut, Patient munter und froher Laune. Infus. secal. cornuti (3·0 : 120·0 Grmm.) stündlich 1 Esslöffel. — Abends: T. 38·2, P. 100, R. 24. Die ganze rechte Seitengegend bis über die Hämorrhagien hinaus geschwollen, ebenso die rechte Hinterbacke und der rechte Oberschenkel, die am Rande stehenden Blutungen abblassend. Dämpfung rechts hinten und am Rücken fast verschwunden, das Rasseln und Reiben nur noch sehr unbedeutend. Die Gelenke des linken Armes und des linken Beines stark geschwollen, schmerzhaft, am linken Arm auch die gesammte Muskulatur.

20. Febr. Pat. nach leidlichem Schlaf fieberfrei. Exanthem und diffuse Schwellung im Gesicht fast verschwunden. Die Hämorrhagien der rechten Seite von den Rändern her rasch abblassend; die Haut daselbst von grünlich gelber Farbe. Die Gelenke unverändert.

21. Febr. Linker Arm beweglich; Exanthem blasser; Jodkalium wegen Schnupfens und Akne ausgesetzt.

24. Febr. Etwas lebhafteres Krankheitsgefühl, alle Glieder aber etwas beweglich; Gelenke nirgends mehr geschwollen; Haut am rechten Oberschenkel grünlich verfärbt, noch etwas infiltrirt. An der Stelle des Bauches, an welcher am Tage zuvor ein Eisbeutel 5 Stunden gelegen hatte, ein reichlich papulös-quaddeliges Exanthem mit ca. 20 punktförmigen Hämorrhagien. Diffus gelbe, dunkelroth getüpfelte Färbung der kranken Fläche auf der rechten Seite.

25. Febr. Bei fortdauernder Fieberlosigkeit und ungestörtem Allgemeinbefinden links Hand- und Fingergelenke aufs Neue afficirt; dieselben durch einen Verband fixirt. Das Exanthem auf dem Bauche



abgeblasst, die Schwellung in seiner Umgebung fast verschwunden. Auf dem linken Oberschenkel zahlreiche neue Eruptionen, theils einfache runde Flecke darstellend, theils gyriform confluirt; nur wenige hämorrhagische. Rechter Oberschenkel abgeschwollen.

26. Febr. Der rechte Oberschenkel hinten handgross derb infiltrirt, nicht verfärbt, sehr schmerzhaft.

27. Febr. Keine neuen Eruptionen; die alten undeutlicher. Linke Hand frei, rechter Vorderarm und rechtes Handgelenk geschwollen; rechter Oberschenkel weniger schmerzhaft.

1. März. Beide Arme und Hände, sowie der rechte Oberschenkel schmerzfrei, am linken Hämorrhagien, Schwellung; Augenlider blauroth suffundirt. Allgemeinbefinden ungestört:

4. März. Alle Glieder abgeschwollen, normal beweglich; die Haut über den zuletzt ergriffenen Gelenken gelbgrün.

6. März. Beim Versuch zu gehen lebhafter Schmerz in beiden Knöcheln; Abends die Haut über den Knöcheln grüngelb verfärbt.

9. März. Pat. steht auf, kann gehen, fühlt sich ganz wohl.

12. März. Die Affectionen der Gelenke und der Weichtheile der Glieder sind verschwunden. Auf dem ganzen Körper noch zahlreiche, bis 5 Cm. im Durchmesser haltende, gelbbraune, zum Theil stark kleienförmig abschuppende, ganz schwach über die Hautoberfläche erhabene Efflorescenzen mit wallartigen Rändern, an die Kreise bei Herpes circinatus erinnernd; daneben charakteristische, luetische Psoriasisflecke, nirgends Akne oder Rhypia. Drüsen des Halses und der Leistengegend mässig geschwollen, indolent. Sonst keine Zeichen constitutioneller Syphilis. — Entlassung.

Nach dem Verf. bestand offenbar eine hämorrhagische Diathese, für welche jedoch weder Hämophilie, noch Leukämie, noch Scorbut nach dem Mitgetheilten als ätiolog. Moment angenommen werden könne. Dass acuter Rheumatismus nicht als Ursache der Gelenksaffectionen zu betrachten sei, gehe aus dem Verlaufe derselben, welcher offenbar auf Blutaustritt in und um die Gelenke herum hinwies, sowie aus dem Verhalten des Fiebers und des Allgemeinbefindens hervor. Ebenso spreche der ganze Verlauf, namentlich die ganze Abschuppung, gegen die Annahme von Peliosis rheumatica. Dagegen mache das Verhalten des Exanthems, im Verein mit dem Bestehen von anderweitigen Erscheinungen der constitutionellen Syphilis den syphilit. Charakter der Affection unzweifelhaft. (? Ref.)



Für sehr bemerkenswerth hält der Verf. den günstigen Ausgang trotz der stürmischen, gefahrdrohenden Symptome im mitgetheilten Falle.

Verf. erwähnt ferner kurz 2 ähnliche tödtlich verlaufene Fälle. Der erstere betrifft einen, früher syphilitischen wohlhabenden Mann, der mehr zum Vergnügen in einem Stahlbade die Kur brauchte. Nach kurzer Zeit waren unter heftigen Allgemeinerscheinungen verbreitete Hauthämorrhagien, und fast unmittelbar darauf profuses Nasenbluten, blutige Sputa, blutiger Stuhl und Harn aufgetreten. Nach wenig Tagen hatte sich zwischen den Hauthämorrhagien ein papulöses Syphilid gezeigt, der Kranke war wiederholt collabirt und nach einer Gesammtdauer der acuten Krankheit von 10 Tagen gestorben. Im 2. Falle wurden bei einer acut verlaufenden allgem. Syphilis neben Blutergüssen in Gehirn, Lungen, Milz, ganz plötzlich entstandene papulöse Efflorescenzen beobachtet.

Verf. hält daher die Annahme einer unter dem Einfluss des syphilit. Giftes, vielleicht unter Mitwirkung einer unbekannten Ursache entstandenen hämorrhag. Diathese für vollkommen gerechtfertigt. (Es ist kein Grund, warum nicht mit Syphilis gleichzeitig Peliosis rheum., Morb. mac. Werlhofi oder Scorbut vorkommen sollte, wie diess in den drei angeführten Fällen wahrscheinlich ist. Ref.)

33. Ricord. Die syphilitischen Affectionen der Zunge. (Union medicale Nr. 56. 1874.)

34. Landrieux. Angina syphilitica mit Ulceration der Carotis interna. (Bull. de la Soc. Anat. de Paris. Juli 1874.)

35. Tobold. Tracheotomie bei syphilitischer Narben-Stenose des Rachens. (Deutsche Klinik, 1874, pag. 206.)

36. Godon. Ein Fall von syphilitischer Ulceration des Oesophagus. (Pacific Med. and Surg. Journ. Februar 1875. Arch. of Derm., I, 3, 1875.)

37. Cornil. Entzündung der Lymphgefässe der Lungen bei Eingeweidesyphilis. (L'Union 81. 1873.)

38. Fournier. Tertiäre Affectionen des Anus und des Rectum, Syphiloma ano-rectale und die syphilitische Verengerung des Rectum. (Paris 1875. Vorträge herausgeg. v. Porak.)



Ricord (33) hat die Syphilis der Zunge in einem Vortrage folgendermassen dargestellt: Die Zunge ist bei Syphilitischen sehr oft erkrankt, meist in Folge der Diathese, bisweilen aber ist sie auch der Sitz des Primäraffectes in Folge von directer Uebertragung des Giftes, und sie würde noch viel häufiger der Träger jenes Affectes sein, wenn sie nicht glücklicherweise wesentlich durch den Speichel geschützt würde. Der „weiche Schanker" dagegen kommt auf der Zunge nicht vor (wenigstens hat R. in 40 Jahren keinen derartigen Fall gesehen).

Der harte Schanker der Zunge tritt meist in Form eines oberflächlichen, selten in die Tiefe dringenden, selten sich fortwährend ausbreitenden (phagedänischen) Geschwüres auf — nach Art des Ulcus elevatum mit einer deutlich merkbaren, knotenähnlichen, im submucösen Bindegewebe eingebetteten Härte. Dieser Schanker entwickelt sich relativ rasch, in 2—3 Wochen, und hat Aehnlichkeit mit einem Cancroide der Zunge. Für die Differentialdiagnose ist deshalb darauf zu merken, 1. dass der indurirte Schanker eine relativ rasche Entwicklung hat, 2. indolent ist, während das Cancroid sich allmälig und unter mehr oder weniger heftigen stechenden Schmerzen entwickelt. Man findet den „indurirten Schanker" der Zunge meist entsprechend einem cariösen Zahne, oder dort, wo das Mundstück der Pfeife beim Rauchen gewohnheitsgemäss mit der Zunge des Kranken in Contact kommt. (Das gilt wohl auch für das Epitheliom? Ref.) Ausserdem ist neben dem „harten Schanker" der Zunge immer Drüsenschwellung (der Glandulae submaxillares) vorhanden. Er breitet sich nur sehr wenig aus und die Drüsenschwellung nimmt niemals ihren Ausgang in Eiterung, ausser die Syphilis wäre mit einer anderen Erkrankung complicirt oder das Individuum sonst wie herabgekommen. Diese Drüsenschwellung, je nach dem Theile der Zunge, welcher angegriffen ist, und je nach der anatomischen Anordnung der miterkrankten Lymphgefässe in ihrem Sitze verschieden, zeigt sich im Beginne der Erkrankung, in der ersten Woche, während beim Cancroid die Erkrankung der Drüsen später auftritt.

Die Zunge ist ferner sehr häufig der Sitz der Secundärsymptome der Syphilis. Ein solches, frühzeitig auftretendes Symptom, welches oft beobachtet wird, ist durch Flecken charakterisirt, die jenen der Roseola gleichen; sie sind nämlich roth,

rundlich und mit einer rapiden Abschuppung des Epithels vergesellschaftet. Dabei findet man keine Drüsenanschwellung der Submaxillardrüsen, ausser die Zunge ist auch zugleich der Sitz des Primäraffectes. Verwechseln kann man das Leiden mit Aphthen, mit Bläschen herpetischen Charakters.

Ein anderes ähnliches pathologisches Vorkommniss sind Papeln, welche besonders am Rande der Zunge sitzen, aber auch an anderen Stellen des Organes vorkommen. Der oben erwähnte Einfluss cariöser Zähne oder der Pfeife ist auch in Fällen dieser Art wirksam. Auf die Ausschliessung von Herpes und Psoriasis linguae, welche besonders bei Rauchern vorkommen, muss bei Stellung der Diagnose von Papeln gebührend Rücksicht genommen werden. Indem diese sich vergrössern, können schliesslich benachbarte zusammenfliessen und zur Entstehung von Plaques muqueuses Veranlassung geben. Es entsteht ein Substanzverlust, der jedoch nur die Schleimhaut betrifft. Mit dem in Rede stehenden Zustande kann auch die Stomatitis mercurialis verwechselt werden, und oft compliciren sich beide Krankheitsformen mit einander. Für die Differentialdiagnose zwischen beiden ist es wichtig, darauf zu achten, dass die Plaque muqueuse keine Reaction in der Peripherie hervorruft; bei der Stomatitis mercurialis dagegen findet sich ödematöse Schwellung des ergriffenen Organes, Anschwellung des Zahnfleisches und Ulceration der Pyramiden desselben zwischen den einzelnen Zähnen. Dazu kommt der aashafte, unerträgliche Geruch aus dem Munde eines von Hydrargyrose befallenen Individuums, der oft allein genügen könnte, um die Diagnose zu machen. Schliesslich kommen noch diejenigen Stellen, wo die letzterwähnte Affection zuerst auftritt, in Betracht. Diese Stellen sind der Kieferwinkel, der Theil des Zahnfleisches hinter den letzten Zähnen, oder wo der Weisheitszahn gerade im Durchbrechen begriffen ist, oder endlich das Mundstück der Pfeife aufliegt. Kinder, welche keine Zähne haben, bekommen auch keine Stomatitis mercurialis.

Endlich kommen an der Zunge auch noch Gummata vor, welche im submucösen und intramuskulären Bindegewebe der Zunge sitzen. Sie fangen nie an der Oberfläche der Zunge an sich zu entwickeln und das ist sehr beachtenswerth. Auch hier muss man sich vor Verwechslungen mit Zungenkrebs hüten. Der letztere ist meist einseitig, er kann eine grosse Strecke des Organs über die



Medianlinie hinaus einnehmen, aber es ist doch gewissermassen unpaarig, während der Gummata oft mehrere und in beiden Hälften zugleich sind. Letztere sind indolent und kommen, sie mögen Monate oder Jahre bestehen, ohne Drüsenschwellung vor, auch dann wenn sie sich erweichen oder wenn sie ulceriren. Ist es einmal so weit gekommen, so bilden sie tiefe und grosse Geschwüre mit grauem Grunde, welche sich schon durch den blossen Anblick von den durch krebsige Zerstörung gesetzten Substanzverlusten unterscheiden lassen; die benachbarten Lymphdrüsen sind bei carcinomatöser Destruction der Zunge in hohem Grade mitergriffen.

Einen bemerkenswerthen Fall von syphilitischer Arrosion der Carotis interna erzählt Landrieux (**34**). Bei dem Kranken, der mehrfache Gummata zeigte, hatten sich nach lange bestehender ulcerativer Pharyngitis zwei grosse hypertrophische Wälle in der Gegend der Gaumenrachenbögen entwickelt. Plötzlich trat Haemoptoe auf und zwar zweimal mit einem Zwischenraum von zwei Tagen. Im zweiten Anfall starb der Kranke. Die Section ergab Gummata in verschiedenen Organen, Periostitis und Geschwüre der vordern Flächen der Halswirbelkörper. Links am Pharynx, der allenthalben mit Geschwüren und Narben besetzt war, eine lineare Ulceration, welche mit dem Raume der Carotis interna communicirte.

Tobold berichtet (**35**) über einen Fall von syphilitischer Narben-Stenose des Rachens mit so heftiger Dyspnoe, dass die Tracheotomie nothwendig wurde. Die Stenose war seit 12 Jahren bei dem 57jährigen Weibe, welches damals eine Angina syph. gehabt hatte, immer schlimmer geworden. Der weiche Gaumen war zerstört und durch Narbenfäden an den Zungenrücken und die hintere Rachenwand geheftet. Nur ein schmaler, für eine dünne Sonde durchgängiger Kanal führte zur oberen Larynx-Oeffnung, welche man mit dem Laryngoskop nicht auffinden konnte. Neun Wochen nach der glücklich vollführten Tracheotomie wurden die Adhäsionen mit einer gekrümmten Schere durchschnitten. Drei Monate später konnte die Tracheal-Canule entfernt werden.

Ueber einen Fall von syphilitischer Dysphagie berichtet Godon (**36**). Patient hatte vor 24 Jahren an Syphilis gelitten.



Pharynx, Larynx und Lungen waren normal. Die Untersuchung des Oesophagus nach Hamburgers Methode (Auscultation bei Schlucken von Wasser) zeigte, dass das Wasser in der Gegend des 5. Rückenwirbels mit einem lauten Geräusch regurgitirte, aber dann doch über die Strictur hinaus in den Magen gelangte, wobei eine Art Tröpfeln in der Gegend der Strictur hörbar wurde. Das Schlingen brauchte 5 Minuten. Eine Bougie Nr. 8 war nicht durchzubringen. Jodkalium und Eis brachten nach 4 Wochen Besserung, so dass Nr. 8 eingeführt werden und selbst feste Speisen langsam verschluckt werden konnten.

(Die Diagnose Syphilis scheint aber nicht genügend gerechtfertigt. Ref.)

Cornil (37) erzählt folgenden interessanten Fall von Visceral-Syphilis:

Ein 39jähriges anämisches Frauenzimmer war bis zum November 1873 stets regelmässig menstruirt gewesen, von da an aber war die Menstruation ausgeblieben. Im Alter von 25 Jahren hatte die Kranke häufig an anscheinend hysterischen Anfällen gelitten; seit einiger Zeit hatten sich Störungen des Allgemeinbefindens eingestellt mit Verfall der Kräfte und Schmerzen im Unterleib, hauptsächlich im Hypogastrium, der Appetit verlor sich und die Verdauung war gestört. Seit 14 Tagen war plötzlich Aphonie aufgetreten, darauf Erbrechen, das bei der Aufnahme, am 25. März 1874, noch fortdauerte. Die Untersuchung der Brust und des Herzens ergab ausser leichtem Blasegeräusche nichts Abnormes, auch Puls und Respiration erschienen normal. Der Unterleib zeigte sich bei der Palpation empfindlich, in der Gegend der Fossae iliacae bestand vollständige Hyperästhesie. Sonst fand sich nirgends etwas Abnormes, Syphilis wurde entschieden in Abrede gestellt und es bestanden auch keine äusserlich sichtbaren Spuren derselben. In den nächsten Tagen trat keine Veränderung im Befunde ein, aber die Kräfte der Kranken verfielen immer mehr; am 27. März stellte sich heftige Dyspnoe mit Suffokation ein und die Kranke starb plötzlich.

Bei der Section fand man leichtes Oedem der Stimmbänder, die mit einem dicken, weisslichen Epithelüberzug bedeckt waren, unter dem die Schleimhaut selbst verdickt erschien. Die Drüsen in der Umgebung der Trachea waren gross und schwarz. An der

Oberfläche der rechten Lunge sah man die Lymphgefässe in Form von knotigen Strängen die Lobuli abgrenzen, mit einer undurchsichtigen grauen oder graugelblichen Masse gefüllt. Diese Lymphangitis bestand nicht über die ganzen Lungen verbreitet, sondern nur an der vorderen Fläche des untern und mittlern und an der hinteren Fläche des untern Lungenlappens rechts, bei der linken Lunge an der untern Fläche des oberen und an der oberen und hinteren Fläche des untern Lappens. Der Inhalt der Gefässe hatte die Consistenz und das Ansehen käsigen Eiters. An den entsprechenden Lungentheilen zeigte sich nach Einschneiden dieselbe Veränderung der Lymphgefässe auch in der Tiefe. Das Herz zeigte keine krankhafte Veränderung. Die Leber besass tiefe Einsenkungen und Vertiefungen, auf deren Grunde sich gruppenweise angeordnete Gummata von Haselnussgrösse fanden. Die Leberläppchen zeigten im Centrum rothe, in der Peripherie graue Färbung. Adhärenzen mit dem Magen fanden sich nicht, wohl aber mit dem Zwerchfell und den Därmen. Die Nieren waren normal. Die Lymphdrüsen in der Magengrube, um den Pylorus und längs des obern Pankreasrandes waren geschwollen, sehr hart mit weisser Schnittfläche, auf der sich Eiter- oder Lymphtröpfchen auspressen liessen. Im Magen fanden sich an der kleinen Curvatur und am Pylorus kleine abgeplattete Geschwülste, an denen die Schleimhaut emporgehoben und adhärent war, auf der grössten dieser Geschwülste zeigte sich ein Eindruck im Centrum. Ulceration fand sich an der Magenschleimhaut nicht, sie war glatt und normal, nur etwas verdünnt. Das submucöse Gewebe erschien verdickt und indurirt, deutlich von der darunter liegenden Muskelschicht abgegrenzt, es war dicht und sehr fibrös, von gelblicher Farbe, die Muskelschicht in der Nähe desselben hypertrophisch. Der Pylorus war etwas verengt, an der kleinen Curvatur adhärirte das peripherische Zellgewebe an den indurirten Lymphdrüsen, an der Oberfläche sah man eine harte, weissliche, strahlenförmige Narbe. Den Dickdarm fand man durch das Epiploon mit dem Ligamentum latum sin. verwachsen, an der Oberfläche des Mesenterium Induration und eine strahlige Narbe. An der Peritonäaloberfläche des grossen Uterus fanden sich mehrere kleine, harte Massen, an der Vereinigung der rechten Tuba eine eigrosse Cyste, Adhärenz des harten, weisse Corpora lutea zeigenden Ovarium und eine Anzahl harter fibröser Körper.



Die mikroskopische Untersuchung ergab in der Drüsenschicht des Magens Hypertrophie und Wulstung des Bindegewebes um die Drüsenschläuche, die dadurch von einander getrennt und verengt wurden und deren Ausführungsgänge oft ganz von Bindegewebe ersetzt wurden. Die submucöse Schicht bestand aus dichtem, von arteriellen, capillaren und venösen, bluthaltigen Gefässen durchzogenem Gewebe mit elastischen und Bindegewebsfasern, zwischen denen zahlreiche embryonale Zellen lagen, stellenweise fanden sich auch Inseln von embryonalen Zellen in einer granulösen Substanz. An den Depressionen der flachen Geschwülste war die Drüsenschicht atrophirt und das Bindegewebe reichte direct bis zur Oberfläche. Die Muskelschicht erschien dick, transparent, an ihrer Oberfläche fanden sich fibröse Fasern und embryonale Zellen eingelagert. Gleiche Zellenelemente fanden sich im peritonäalen Bindegewebe. Die Leber zeigte die für Gummata charakteristischen Veränderungen, an der Peripherie der Gummata fanden sich reichliche embryonale Zellen. In den Lymphdrüsen an der kleinen Curvatur des Magens fand man alle Lymphwege vollständig gefüllt und stark ausgedehnt, im ganzen Umfange der Drüsen; der Inhalt derselben bestand fast ganz aus mehr oder weniger geschwollenen und mehr oder weniger granulösen Endothelzellen, die offenbar nicht eingeführt, sondern an Ort und Stelle in Folge der Entzündung entstanden waren, die ihrerseits durch syphilitische Affection der Leber und des Magens hervorgerufen worden war. Gleiche Veränderung zeigten die Lymphdrüsen des Mediastinum und eine analoge Veränderung fand sich in den Lymphgefässen der Lungen, während letztere selbst gesund erschienen, nur in der Umgebung der erkrankten Lymphgefässe Congestion und sehr umschriebene und sehr leicht lobulare Pneumonie zeigten.

Es handelt sich demnach nach C. mit aller Wahrscheinlichkeit um einen langsam verlaufenden Krankheitsprocess, Anhäufung lymphatischer Zellen, Vermehrung der Endothelzellen und Einschliessung derselben in die peripherischen Hüllen grosser Zellen.

Wichtig ist in diesem Falle, dass die Lymphangitis nach Syphilis in gleicher Weise wie bei Magenkrebs auf die Drüsen weiter verbreitet worden war; der aufsteigende Verlauf durch die Gefässe und Lymphdrüsen war wohl zu erkennen, die Affectionen in Leber und Magen waren älteren Ursprungs, darauf trat chronische Ent-



zündung der Lymphwege mit Hypertrophie der Drüsen auf und zuletzt die Lymphangitis in den Lungen.

Die tertiären Affectionen des Anus und des Rectum theilt Fournier (38) in ulceröse und in gummöse ein. Die ulcerösen localisiren sich genau am Niveau des Analringes allein oder über diesen hinaus auf die nächstgelegene Hautpartie. Die einzige Verschiedenheit, die sie von anderen Ulcerationen darbieten, ist ihre Configuration, da sie von dem Terrain abhängen, auf welchem sie wachsen. Zuweilen finden wir nur ein isolirtes Ulcus, öfters mehrere, es kommt aber auch vor, dass die ganze Circumferenz des Anus in ein einziges Geschwür verwandelt und die ganze Umgebung infiltrirt ist. In Folge ihres Sitzes sind diese Affectionen natürlich sehr hartnäckig und kann ihre Heilung nur durch die heiklichste Reinlichkeit erzielt werden.

Die subjectiven Symptome ergeben sich von selbst und äussern sich in Schmerz, der durch die Defaecation ganz besonders gesteigert wird und einen wahren Tenesmus hervorrufen kann.

Die gummösen Formen kommen am Anus sehr selten vor und Fournier ist geneigt, sie als eine Erkrankung ex contiguo von Gummata aufzufassen, die in der Peripherie an den Hinterbacken vorzukommen pflegen.

Im Rectum kommen gleichfalls tertiäre Affectionen vor, und zwar sowohl die ulcerösen als die gummösen Formen, diese letzteren jedoch ausserordentlich selten. Die ersteren bleiben meistens begrenzt an dem tiefsten Theile des Rectum und gehen gewöhnlich in die zu gleicher Zeit bestehenden circumanalen Geschwüre über. Zuweilen localisiren sie sich wohl ziemlich hoch im Mastdarm, so dass man sie selbst mit einem Sims'schen Speculum nicht mehr zu sehen vermag, und zwar treten dann diese Syphiliden entweder als ein einziges Geschwür oder auch multipel auf.

Eine von diesen Formen gänzlich verschiedene Affection ist das von Fournier sogenannte Syphiloma ano-rectale, welches dieser charakterisirt als „eine histologisch noch nicht bestimmte Neubildung, welche die ano-rectalen Wände infiltrirt und später sich in ein retractiles Fasergewebe umwandelt und auf diese Weise grössere oder geringere Darmverengerungen zur Folge hat." Beim Touchiren hat man die Empfindung, dass das Rectum in einen starren Cylinder



umgewandelt ist, und diese hyperplastische Verdickung beträgt zuweilen sogar einen Centimeter. Die Schleimhaut eines derart erkrankten Rectum ist weder der Sitz irgend eines Geschwürs noch einer Narbe, sondern scheint vollkommen normal.

Der Lieblingssitz dieser Neubildung ist die sogenannte ampulläre Portion des Rectum und sie ergreift selten die Partie des Sphincters. Die Ausdehnung derselben übersteigt selten 4 Centimeter und in der Breite umfasst sie den ganzen Umfang des Rectum, ist also cylindrisch. In den Fällen, wo diese Neubildung auf den Anus übergreift, der jedoch nie isolirt von ihr afficirt ist, ist die Form insofern etwas verschieden, als durch die Localität das Neoplasma eine gelappte Configuration annimmt. Durch das Syphiloma ano-rectale werden Anfangs fast gar keine subjectiven Symptome hervorgerufen, aber dadurch, dass in späterer Zeit das Gewebe dieser Neubildung sich retrahirt, kommen Verengerungen zu Stande.

Was die Verengerungen des Rectum betrifft, die in Folge von Syphilis zu Stande kommen, so scheidet Fournier dieselben in zwei Classen, nämlich in cicatricielle und in hyperplastische Verengerungen.

Die cicatriciellen Stricturen gehen aus den vorher erwähnten ulcerösen Syphiliden des Rectum hervor während die hyperplastischen eine Folge des Syphiloma ano-rectale sind.

Eine andere Möglichkeit des Entstehens von Stricturen des Rectum bezweifelt zum Mindesten Fournier, wenn er sie nicht ganz leugnet. Vor Allem bestreitet er die Entstehung von Stricturen, die aus Schankern oder aus breiten Plaques hervorgehen sollen.

39. Jackson. Zwei Fälle von intracranieller Syphilis. (Journ. of Mental Sciences, Juli 1874. — Arch. of Derm., I, 3, 1875.)

40. Ford. Geistesstörung durch Syphilis. (Amer. Journ. of Insan. Juli 1874. — Arch. of Derm. I, 3, 1875.)

41. Tuke. Bemerkungen über einen Fall von syphilitischer Geistesstörung. (Journ. of Mental Sciences, Jänner, Juli und October 1874. — Arch. of. Derm. I, 3, 1875.)

42. Barety. Zwei Fälle von Atrophie der Musc. interossei der Hand bei Syphilitischen. (Ann. de Derm., V. 1873—1874.)



43. Anstie. Diplopie und Ptosis bei syphilitischer Lähmung und Muskelatrophie. (Transact. of the clin. Soc., VI, 1873 und Am. Arch. of Derm. I, 2, 1875.)

44. Sturgis. Scleritis syphilitica. (Archives of Dermatology. Vol. I, Nr. 2, 1875.)

In zwei Fällen von Gehirn-Syphilis, welche Hughlings Jackson beobachtete (**39**) waren im ersten Falle Symptome von Lähmung, Krämpfen und zugleich Geistesstörung, im zweiten doppelte Neuritis optica ohne Gesichtsstörung, aber mit einseitigen Krämpfen vorhanden. Auf letztere Combination legt der Verf. für die Diagnose Syphilis besonderes Gewicht. Die Section zeigte im ersten Falle Knoten im Hoden, Narben in der Leber, Verdickung der Arterien an der Hirnbasis, Verstopfung einzelner Aeste mit umschriebener Erweichung der von ihnen versorgten Gehirnsubstanz. Der zweite Patient hatte eine Tochter mit Symptomen hereditärer Syphilis. Er selbst ebenso wie der erste Patient leugnet die Syphilis. Im zweiten Falle zeigte die Autopsie mehrere kleine Gummata an der Gehirnbasis ebenfalls mit Arteriitis und erweichten Stellen der Gehirnsubstanz.

Ford berichtet (**40**) über fünf neue Fälle von Geistesstörung bei Syphilitischen. In einem dieser Fälle trat die Geistesstörung schon 4 Monate nach dem Schanker ein und manifestirte sich als Melancholie mit Hallucinationen und Mordgelüsten. Anti-syphilitische Behandlung erzielte Heilung.

Auch Tuke (**41**) beschreibt einen Fall von syph. Geistesstörung mit Hemiplegie, bei welchem sonderbarer Weise constante Verengerung der Pupillen vorhanden war. Auch hier zeigte die Autopsie locale Atrophie der grauen Substanz, zwei Knoten in der rechten Hemisphäre, ausgedehnte Arteriitis, Obliteration einiger Gefässe.

Barety schildert (**42**) einen Fall von syphilitischer Exostose der Halswirbel mit folgender Lähmung der oberen und unteren Gliedmassen bei einem 47jährigen Weibe. An beiden Händen atrophirten die Musc. interossei, ohne ihre elektromuskuläre Sensibilität einzubüssen. Quecksilbereinreibungen und Jodkalium bewirk-



ten entschiedene Besserung. In einem zweiten Falle waren zwei Gummata vorhanden, das eine an der innern Fläche der Mitte des Oberarms, das andere an der unteren Hälfte des äusseren Randes des Vorderarmes bei einem 49jährigen Manne, der zugleich syphilitische Geschwüre am Beine zeigte. Hier trat Anästhesie der Haut an der entsprechenden Hand und zwar besonders an den zwei letzten Fingern auf und zugleich wieder Atrophie der Interossei. Von Zeit zu Zeit entstanden Bläschen längs des inneren Randes und an der Spitze des kleinen Fingers. Ueberdiess folgten bei dem Kranken Rupia syph. an den Beinen, Icterus, Orchitis, zerstreuet Geschwüre nach einander. Sublimatinjectionen, Jodkalium, Elektricität blieben ohne Wirkung auf die Muskelerkrankung.

Bei einem 32jährigen syphilitischen Manne trat nach Anstie's Bericht (**43**) eines Morgens plötzlich Doppeltsehen und völlige Ptosis des linken oberen Augenlides auf, welche bei Jodkaliumgebrauch sich verloren. Einige Zeit später stellte sich Lähmung des rechten Armes und Muskelatrophie an demselben ein. In 4 Wochen wurde Patient durch Jodkalium geheilt.

Sturgis beschreibt (**44**) eine syphilitische Erkrankung der Sclerotica, die selbständig auftreten kann, was bisher noch niemals beobachtet worden war, oder auch mit Affectionen der Cornea, der Iris oder des Ciliarkörpers vergesellschaftet ist.

Die Erkrankung beginnt mit dem Auftreten einer begrenzten gerötheten Stelle nahe am Rande der Cornea über der Insertion des M. rectus externus. Sie erhebt sich dann über das Niveau, bekommt eine dunklere und livide Färbung und ist im Anfange mit einer dünnen Conjunctivalmembran bedeckt. In dieser Periode finden sich keine subjectiven Symptome

Von diesem Stadium geht die erhabene Stelle entweder in Ulceration oder in Resolution über. Im ersteren Falle kann der Process immer weiter greifen und so Cornea, Iris und Ciliarkörper afficiren, wo dann die bekannten Entzündungserscheinungen dieser Theile sich manifestiren. Ausser dieser Erkrankung, die Verf. als eine Epi- oder Periscleritis auffasst, kommen noch zwei Affectionen an der Sclera, jedoch viel seltener, vor, die Sturgis mit dem Namen Scleritis parenchymatosa und Scleritis gummosa be-



legt. Diese beiden Formen hat jedoch Verf. selbst nie beobachtet und kennt sie nur aus der Literatur.

Die Behandlung ist wie bei allen syphilitischen Affectionen eine zweifache: local und allgemein. Local träufelt Sturgis Atropin ein und verfährt sonst antiphlogistisch. Allgemein wendet er Mercur allein oder abwechselnd mit Jodkalium an.

45. Hyde. Ueber einige Quellen der syphilitischen Infection. (Amer. Journ. of Med. Sciences, Jänner 1874.)

46. Chiarleoni. Infection einer schwangeren Frau im 4. Schwangerschaftsmonate. Distokie wegen syph. Infiltration der Vaginalportion, Geburt nicht syph. Kinder. (Broch; — Ref. in Ann. d. Derm., V, 1874.)

47. De Méric. Ueber einige eigenthümliche Uebertragungsarten der Syphilis bei Eheleuten. (Brit. med. Journ. Jänner 1874.)

48. Caspary. Ueber die Dauer der Latenz bei hereditärer Syphilis. (Berl. klin. Wochenschr. 1875, Nr. 13.)

49. Woronichin. Ueber einen seltenen Fall der hereditären Syphilis. (Jahrb. f. Kinderheilkunde. VIII. Jahrg. I. Heft 1874.)

50. Bulkley. Seltene Formen von congenitaler Syphilis. (New-York Med. Journ. Mai 1874.)

51. Birch-Hirschfeld. Beiträge zur pathologischen Anatomie der hereditären Syphilis neugeborener Kinder mit besonderer Berücksichtigung der Bauchspeicheldrüse. (Archiv der Heilkunde 2. Heft, 1875.)

Ueber die Quelle der syphilitischen Infection in jenen Fällen, wo bei dem Weibe, welches die Ansteckung vermittelt hat, kein syphilitischer Primäraffect nachweisbar ist, hat Hyde (45) eine neue Hypothese aufgestellt, indem er das Menstrualblut oder jenes, welches aus Fissuren stammt, als Ansteckungsträger bezeichnet. Letztere Annahme kann auch umgekehrt (vom Manne auf das Weib) angewandt werden und Verf. bezieht sich hiebei auf einen Fall von Waller (den letzten aus seinen bekannten Experimenten und Beobachtungen, in welchem jedoch von einer Fissur oder dgl. nichts gesagt wird, Ref.), ferner glaubt der Verf. (wie Morgan, s. pag. 361), dass eitriger Ausfluss aus der Vagina oder dem Uterus Syphilis über-



tragen könne. Er spricht auch von einer syphilitischen Gonorrhoe beim Manne und schreibt ihr dieselbe Fähigkeit zu.

Chiarleoni gibt (**46**) die Krankengeschichte des folgenden Falles: Ein indurirter Schanker in der Fossa navicularis nebst anderen syphilitischen Geschwüren und Plaques bei einem Frauenzimmer im 7. Schwangerschaftsmonate, die seit etwa 8 Wochen inficirt zu sein angibt. Syphilitisches Infiltrat der Vaginalportion macht Scarificationen derselben und Anwendung der Zange bei der Geburt nöthig. Ein Foetus wird todt geboren; ein zweiter kommt dann lebend zur Welt, beide, sowie die Placenta, zeigen keine Zeichen von Syphilis.

Es war somit in diesem Falle die Infection im 4. Schwangerschaftsmonate eingetreten, ohne dass die Früchte syphilitisch geworden wären.

De Meric erzählt (**47**) die Confrontations-Geschichten dreier Fälle von Syphilis-Uebertragung bei Eheleuten:

1. Fall: Ein 28jähriger Mann, seit 1859 syphilitisch, heirathet 1864, noch an Necrose des Kiefers leidend. Er erzeugt in 8 Jahren 5 nicht syphilitische Kinder. 1872 erwirbt er aussereheliche einen Schanker, den er erst am 11. Tage wahrgenommen haben will, nachdem er Tags zuvor den ehelichen Beischlaf ausgeübt hatte. Sechs Wochen später hatte die Frau ein allgemeines papulöses Syphilid, dann Gummata im Gesichte. Den Schanker des Mannes hatte der Verf. als weichen Schanker (? Ref.) erkannt und nach 22 Tagen geheilt.

2. Fall. Ein Mann, dessen Frau im 4. Monate schwanger ist, übt einen ausserehelichen Coitus. 7 Tage später und dann wieder nach 4 Wochen wohnt er seiner Frau bei. Dabei fühlt er Schmerz und constatirt einen Schanker. Nach einigen Monaten zeigt die Frau Erscheinungen von Syphilis und gebärt ein syphilitisches Kind.

3. Fall. Ein syphilitisches Frauenzimmer, das auch ein todtes Kind geboren hatte, wird die Maitresse eines gesunden Mannes, der 2—3 Jahre gesund bleibt, sie dann heirathet und nach einem Jahre allerlei Syphilis-Erscheinungen zeigt, besonders im Rachen, nach der Meinung des Verf. von Plaques im Munde der Frau übertragen (? Ref.). 3 gesunde Kinder entsprossen dieser Ehe.

Der Verf. schliesst aus dem ersten Falle, dass weicher Schanker eines Syphilitischen Syphilis überträgt. (Es ist nicht sicher, dass



der Schanker ein „nicht syphilitischer“ Schanker gewesen sei, um soweniger, da die Möglichkeit einer Reinfectio syphilitica heut zu Tage über allen Zweifel sichergestellt ist; und selbst, wenn ein weicher Schanker vorhanden war, kann derselbe als Clerc'sches Chancroid aufgefasst werden, welches aus der Ueberimpfung syphilitischen Giftes auf einen syphilitischen hervorgegangen war. Endlich ist es möglich, dass beim Beischlaf Blut des Syphilitischen durch Vermittlung der vorhandenen Wunde auf die Frau überimpft wurde. Zu viel Möglichkeiten für eine wissenschaftliche Verwerthung des Falles. Der zweite Fall ist, was die Art der Infection betrifft, ein solcher, wie er alle Tage vorkommt. Ein scheinbar „nicht inficirender“ weicher Schanker hat schon öfter Syphilis übertragen. Der dritte Fall ist ganz unverwerthbar, weil seine Anamnese die Spuren des Umstandes trägt, dass sich die Beobachtungsobjecte in der Demi-monde bewegten und wenig Garantie der Solidität bieten. Ref.) Aus dem 1. Falle schliesst der Verf. ferner, dass auch bei Syphilis des Vaters gesunde Kinder erzeugt werden können. (Das bedarf, wie Ref. glaubt, keines Beweises. Aber ein Schluss hieraus auf die Art der congenitalen Infection ist nicht statthaft. Ref.) Andererseits lehrt der zweite Fall den Verf., dass eine syphilitische Infection der Mutter im 4. Schwangerschaftsmonate Syphilis der Frucht nach sich ziehen könne. (Vergleicht man aber diese Krankengeschichte mit der oben mitgetheilten von Chiarleoni, welche viel Aehnlichkeit bietet, so zeigt sich, dass der Effect gerade der entgegengesetzte war; in diesem Falle blieben die Früchte nach einer Infection der Mutter im 4. Schwangerschaftsmonate gesund! Ref.)

Caspary (**48**) handelt über die Dauer der Latenz bei hereditärer Syphilis, indem er folgende statistische Daten anführt:

Nach Rosen erkrankten von 68 Fällen der Entbindungsanstalt zu Kopenhagen nur 9 nach dem Ende des dritten Monats; und nach einer Zusammenstellung eigener und fremder Beobachtungen berechnet er, dass nahezu die Hälfte der Kinder schon innerhalb des ersten Lebensmonats, $^1/_3$ innerhalb des zweiten, etwa $^1/_8$ innerhalb des dritten und nur $^1/_{11}$ nach dem dritten Monate erkrankte. Aehnlich lautet die Angabe von Cullerier, dass meist im Alter von 6 Wochen, 2 oder 3 Monaten die ersten Zeichen hereditärer Lues hervortreten; selten erst im 5. oder 6. Monat, fast nie gegen



das Ende des ersten Lebensjahres. So berichtet auch Diday, eine von der Pariser Akademie der Medicin angestellte Statistik habe ergeben, dass von 158 mit angeborener Syphilis behafteten Kindern diese bei 146 vor dem 3. Monate, bei 12 nach demselben auftrat. Nach Beobachtungen im Petersburger Findelhause, die von Joukoffsky mitgetheilt werden, sind von 100 hereditär syphilitischen Kindern je 15·5 Procent im Alter von 3 Wochen, von 3 Monaten, und von mehr als 3 Monaten erkrankt; 53·2 Procent im Alter von 4 Wochen bis zu 2 Monaten.

Verfasser berichtet dann folgende Fälle aus eigener Beobachtung: Käthe H. war das 5. Kind eines wohlhabenden Handwerkers, der 1856, ein Jahr vor seiner Verheirathung, ein Ulcus praeputii gehabt zu haben zugab, das, mercuriell behandelt, nie von weiteren Folgen gewesen sei.

Die Mutter hatte sich bis zur vierten Schwangerschaft ganz wohl befunden, und trotzdem sie die kranken Kinder selbst stillte, keine verdächtigen Symptome dargeboten. Um jene Zeit stellte sich schuppender Ausschlag im rechten äusseren Gehörgang und an der Ohrmuschel ein, der auf Jod geheilt sein soll, aber nach der Entbindung sich verschlimmerte, und vom Ohre zur rechten Wange und Stirnhälfte weiter zog, während ähnlicher Ausschlag am linken Oberschenkel auftrat, und in der Gegend des rechten Tuber frontale Knochenschmerzen anfingen, welche auf eine mit strenger Diät, Schwitzen, Abführen verbundene Inunctionscur zurückgingen. Aber bei der bald wieder eingetretenen Schwangerschaft traten Ausschlag und Schmerzen verstärkt wieder hervor, und nach der Entbindung serpiginöse Geschwüre an den oben genannten Stellen, sowie äusserst heftige Stirnschmerzen. Eine Inunctionscur bei guter Diät, viel Bewegung in freier Luft u. s. w. beseitigte die Symptome schnell. Seitdem sind 10 Jahre vergangen, zwei Kinder geboren, und die Frau erfreut sich bis heute vollkommener Gesundheit.

Das erste Kind aus dieser Ehe, ein Jahr nach deren Eingehung geboren, erkrankte am 3. Tage mit Ausschlag, kränkelte dauernd, starb ein Vierteljahr alt. Ein Jahr später wurde ein achtmonatliches Kind todt geboren, angeblich in Folge eines Falles der Mutter. Das dritte Kind, wieder nach einem Jahre geboren, erkrankte in den ersten Lebenstagen, nach dem Bericht der Eltern, an demselben Ausschlage, den das erstgeborene gehabt hatte, und starb,



intensiv gelb gefärbt, im Alter von 8 Wochen. Nach 2 Jahren wurde ein noch heute lebendes Mädchen — kräftiger als die früheren Kinder — geboren, an dem nie sichere Zeichen der Syphilis constatirt sind. Im Alter von drei Monaten zeigte sich eine ziemlich hochgradige Parese des rechten Armes, die unter spirituösen Einreibungen in wenigen Wochen verschwand. Als das Kind zwei Jahre alt war, bildete sich ganz chronisch eine Auftreibung an dem Mittelgliede des rechten Ringfingers, die zum Aufbruch und mehrmonatlicher geringer Eiterung ohne Exfoliation von Knochen führte. Jetzt besteht eine eingezogene Knochennarbe mit geringem Knochendefect inmitten des Fingers am Ulnarrande, die Knochenenden nicht verdickt, die Gelenke frei. 9 Jahre alt wurde das Mädchen von beiderseitiger Keratitis befallen, die ein Jahr lang mit Leberthran und localen Mitteln erfolglos behandelt, unter mehrmonatlicher Darreichung von Sublimat-Chlornatriumlösung sich zurückbildete. Das Mädchen ist heute normal entwickelt, hat aber häufig unter starken anämischen Beschwerden zu leiden. Die mittleren oberen Schneidezähne zeigen kleine Deformitäten; bei breiter Basis verschmälern sie sich nach unten, so dass hier Lücken bleiben, die bei den unteren Schneidezähnen fehlen. Während sonst nirgends Caries der Zähne besteht, zeigt der rechte der oben genannten eine cariöse Stelle, die genau in der Mittellinie des Zahnes gelegen vom freien Rande beginnt, ca. 3 Mm. hoch und breit ist, nicht durch die Dicke des Zahnes hindurch geht; der linke ist nur an der Spitze, die gegen die Mittellinie sieht, etwas cariös. — Das 5. Kind, wieder ein Mädchen, ein Jahr später geboren, erkrankte $3^1/_2$ Monate alt an Papeln am After und an den Geschlechtstheilen, die sich auf Sublimatbäder schnell zurückbildeten. Bei dem schwächlichen Kinde wurden keine Zeichen von Lues mehr gesehen, aber später bildeten sich Knochenauftreibungen an verschiedenen Gelenken, besonders Knie-, Hand-, Fingergelenken, die zum Theil zu offener Caries führten. Dazu trat amyloide Degeneration der grossen Unterleibsdrüsen, im Alter von 20 Monaten Tod. Section wurde nicht gestattet. — Dann wurde noch nach Genesung der Mutter ein Sohn geboren, der bis zu seinem im Alter von 15 Monaten an Hydrocephalus acutus erfolgenden Tode gesund war. Endlich vor 6 Jahren ein Mädchen, das bis heute blühend und vollkommen wohl ist.



Verf. hebt hervor, dass bei dem vierten Kinde, dem noch heute lebenden Mädchen, nie eine deutliche Manifestation der Syphilis bemerkt wurde, aber die Parese, die Phalangenerkrankung, die Keratitis, die Zahnbildung lebhaft an die vielbestrittenen Zeichen Hutchinsons erinnern. Sonach wäre die Immunität dieses Kindes, das zwischen zwei syphilitischen geboren wurde, vielleicht nur scheinbar gewesen. Ferner ist es dem Verf. durchaus wahrscheinlich, dass die sorgsamen Eltern, nachdem sie so viele Hautausschläge an Mutter und Kindern sehen und fürchten gelernt hatten, das 5. Kind ebenfalls genau überwachten; dass es sich nicht um Infection post partum handelte, und dass die Papeln das erste Zeichen der erblichen Krankheit waren.

Als ebenso wenig zweifellos führt Verf. einen zweiten Fall an, in dem vier Monate nach der Geburt zuerst Papeln bemerkt wurden.

Ein kräftiger, früher durchaus gesunder Mann hatte sich Mitte 1866 ein indurirtes Geschwür zugezogen, wegen dessen man ihn mercuriell behandelt hatte. Ende desselben Jahres hatte er Condylome am Anus und an den Genitalien, die bei einer Inunctionscur rasch verheilten. Seither hatte er sich stets wohl befunden und nichts der Lues Verdächtiges an sich wahrgenommen. Im Juni 1870 klagte er über eine Affection am linken Ellbogen, die ihn seit Wochen besonders beim Aufstützen genirte. Hier fand Verf. etwa 4 Ctm. unter der Spitze des Olecranon am inneren Ulnarrande eine grauerbsengrosse, spitze, knochenharte, fest aufsitzende Anschwellung, fast ganz schmerzlos auf Druck; in der Haut darüber drei graue erbsen- bis wallnussgrosse platte Knoten, elastisch weicher Consistenz, die Hautfarbe ziemlich normal, Unterhautbindegewebe frei. Ausserdem indurirte geschwellte Drüsen an den Seiten des Halses, an beiden Ellbogen. — Das periostale Gumma wuchs bei unregelmässigem Jodgebrauch bis zu Taubeneigrösse, bildete sich dann zurück; die cutanen Knoten waren früher geschwunden.

Seine junge, kräftige Frau, 1866 von ihrem Manne inficirt, war damals bei Auftreten von Haut- und Schleimhautaffectionen mit Inunctionen und Zittmann'schem Decoct behandelt worden. Eine nach einem halben Jahre eingetretene Gravidität führte im 7. Monate zum Abort. Gleich darnach entstand eine schmerzlose Auftreibung an der rechten Ulna, von der Verf. bei dem ersten Besuch, Juni 1868, noch eine Spur vorfand. Sonst kein Zeichen von Lues, weder damals noch seither, auch die Drüsen sind frei.



Um jene Zeit bestand seit 3 Monaten Gravidität. Zur rechten Zeit trat die Entbindung von einem gesund erscheinenden, etwas schwächlichen Mädchen ein. Nach etwa 8 Tagen schien es, als ob umschriebene Flecken am Gesäss und an den Oberschenkeln sich zu bilden anfingen. Aber in derselben Zeit erkrankte das Kind an Convulsionen, denen es am zweiten Tage erlag. Die Section ergab in den inneren Organen nichts Specifisches. Dagegen fand sich ein nicht ganz wallnussgrosser Abscess oberhalb der rechten Ohrmuschel, der vom subcutanen Zellgewebe bis zum Periost reichte. Dieses wie die Meningen an der darunter gelegenen umschriebenen Stelle waren entzündet; ein wallnussgrosser Theil des Gehirns darunter, im vorderen Lappen, in rother Erweichung. — Ende Januar 1870 Geburt eines ausgetragenen, dieses Mal kräftigen Mädchens, das an einer Ammenbrust vortrefflich gedieh. Ende Mai fand Verf. zerstreute Roseolaflecke an Gesäss, Beinen, Haken, Fusssohlen; nirgend Drüsenanschwellungen, die Schleimhäute frei; das Kind voll und rund. In den nächsten Tagen beim Gebrauch von Sublimatbädern nahm die Affection noch zu, besonders kamen zwischen Unterlippe und Kinn zahlreiche, scheinbar confluirende Maculae und Papulae heraus. Das Kind, dem die Ammenbrust genommen war, kam sehr herunter, schlief wenig, schrie viel. Aber nach kurzer Zeit trat Besserung ein, nach ca. 3 Wochen war das Kind wieder blühend, wohl genährt und scheinbar gesund. Eine Drüse, die während der Cur an der rechten Halsseite angeschwollen war, schwand ebenfalls. Anfang 1871 kam noch ein tüchtiger Schub von Papeln an Lippen, Zunge, hartem Gaumen, wobei das Kind wieder herunterkam. Eine Inunctionscur half schnell und — wie es bis heute scheint — gründlich. Das Kind hat sich gut entwickelt, und ist von Rhachitis und Scrophulose frei geblieben. — Bei zwei später geborenen Söhnen, deren erster 6 Monate alt an Cholera starb, der zweite 5 Monate alt, ist nichts Verdächtiges gefunden.

3. Fall. Die Arbeiterfrau N. war 1865, damals 23 Jahre alt, inficirt und an Ulcus genitalium, Ausschlägen, Afterexcrescenzen — wie es scheint mit Jod — behandelt. In den nächsten Jahren fanden mehrfache Rückfälle statt, der letzte vor $3^1/_2$ Jahren bald nach der Verheirathung bei der ersten Schwangerschaft, wobei dieselbe Behandlung mit Erfolg eingeleitet wurde. Der Ehemann, der an der Infection unschuldig war, ist nach Bericht und Anschein gesund,



überdies ohne Kenntniss von der Krankheit seiner Frau, die in steter Furcht vor solcher Entdeckung lebt.

Vor 3 Jahren fand die erste Entbindung von einem kräftigen Knaben statt, der, 5 Wochen alt, die gewöhnlichen Zeichen der hereditären Syphilis: Coryza, Fissuren der Mundwinkel, Condylome am Anus und den Genitalien zeigte. Hiergegen, wie gegen mehrfache Rückfälle im Laufe der nächsten $1\frac{1}{2}$ Jahre wurde mit Erfolg Mercur gebraucht (Sublimatbäder, später Inunctionen). Die Mutter hat vor $1\frac{1}{4}$ Jahr ein ausgetragenes Kind mit macerirter Haut geboren, das mehrere Wochen im Mutterleibe todt gewesen war. Am 9. März v. J. war die Frau (zum dritten Male) von Zwillingen, Knabe und Mädchen, durch Wendung entbunden worden, die sie beide gleich dem ersten Kinde selbst stillte. Während der Knabe kräftig geboren und gesund geblieben war, hatte das sehr schwächliche Mädchen viel geschrieen, wenig Nahrung genommen und war seit mehreren Tagen von Ausschlag befallen. Verf. fand ein kleines elendes Kind mit welker wachsfarbener Haut, runzligem Gesicht, das Schnupfen und noch wenig entwickelte Papeln über den ganzen Körper zerstreut zeigte. In den nächsten Tagen nahmen diese an Zahl und Dicke erheblich zu, besonders an den Hinterbacken und Geschlechtstheilen, wo sie in der Mitte erodirt zu werden anfingen. Unter Sublimatbädern schwand der Ausschlag, das Allgemeinbefinden hob sich. Im Alter von 8 Wochen wurde das Mädchen von einem leichteren Rückfall betroffen. Unter Papelbildung am Anus und einzelnen Stellen des Gesichts — z. B. in der Augenbrauenhaut — Schilferung und Randzersplitterung der Nägel kam das Kind wieder sehr herunter, erholte sich aber bei der früheren Therapie schnell wieder. Seitdem hat es mehrfach an Darmkatarrh gelitten, ist aber sonst frei von Krankheitserscheinungen, sehr schwächlich und blass, aber munter geblieben.

Der Zwillingsbruder des Mädchens blieb allem Anschein nach gesund und gedieh gut; das Mädchen blieb schwächlich, aber frei von infectiösen Leiden. Mitte August fand aber Verf. bei dem Knaben den Beginn von mehreren Papeln um den Anus und auf der Hinterfläche des Scrotum, Pustelbildung auf dem Dorsum mehrerer Zehen, etwas Schnupfen; die Schwester war ganz gesund. In nächster Zeit nahmen die Krankheitszeichen sehr langsam zu. Mitte September begann die Anwendung von Sublimatbädern mit schnellem, günstigem Erfolge.

Im vorliegenden Falle war die erbliche Erkrankung auch des Knaben von vorn herein äusserst wahrscheinlich. Nimmt man eine solche als vorhanden an, so glaubt Verf. mit Sicherheit behaupten zu können, dass die ersten Zeichen erst nach $5\frac{1}{2}$ Monaten — oder wenigstens nach mehr als $4\frac{1}{2}$ Monaten auftraten. Aber auch acquirirte Syphilis ist nach all den Cautelen wohl auszuschliessen, so nahe die Infectionsquelle sich befand, zumal zu keiner Zeit ein sogenanntes Primärsymptom, Drüsenschwellungen oder ein acuter Schub von Haut- und Schleimhautleiden mit erheblicher Rückwirkung auf das Allgemeinbefinden stattfand.

Bärensprung sagt in seinem Buche über hereditäre Syphilis, die Berechnungen der Latenzdauer seien völlig werthlos, wenn sie nicht den Zustand der Eltern um die Zeit der Conception berücksichtigen. Für eine der in dieser Hinsicht von ihm aufgestellten Kategorien — die Syphilis der Mutter durch die Zeit und vorangegangene Curen abgeschwächt, gleichviel wie der Gesundheitszustand des Vaters war — habe sich ein etwa siebenwöchentliches Incubationsstadium mit ziemlicher Sicherheit herausgestellt. — Der Verlauf der Syphilis bei den Zwillingen lehrt, wie C. glaubt, von Neuem, dass die Willkür der Krankheit oder richtiger der Einfluss der Individualität nicht leicht durch Gesetze zu umschreiben ist, die keine Ausnahme zulassen.

Verf. schliesst hieran eine kurze Notiz über die Beobachtung von Zwillingskindern mit hereditärer Syphilis. Es mag wohl die Regel sein, dass beide Zwillinge ein gleiches Schicksal erfahren, todtfaul oder mit Ausschlägen geboren werden, oder frühzeitig erkranken (so Fälle von Bärensprung, Hutchinson). Indessen sind Ausnahmen davon verzeichnet, so ein von Campbell beobachteter Fall (nach Rosen's Citat), in dem eine syphilitische Mutter Zwillinge gebar, von denen das eine todtgeboren und macerirt war, während das andere ganz gesund erschien, nach einigen Wochen aber Erscheinungen von Syphilis bekam. — Hieher gehört wohl auch ein zweiter von Rosen citirter Fall Price's, in dem ein Kind syphilitisch, das andere todt geboren war. Schliesslich citirt der Verf. drei Fälle aus der Literatur, in welchen von Zwillingskindern nur eines syphilitisch wurde, was gegen die Annahme spreche, als wäre das Blut der Mutter Träger der Infection.

Woronichin (**49**) fand bei einem 14 Monate alten Knaben, der im Leben auf dem Gesässe einige kupferbraune Flecke ohne jede



Erhöhung zeigte und an Necrose des Randes des Unterkiefers litt und schliesslich an katarrhalischer Pneumonie starb, im Anfange des rechten Bronchus und an der hinteren und seitlichen Wand der Trachea ein grosses Geschwür mit glatten abgeschnittenen und erhöhten Rändern und ziemlich ebenem Boden; die linke Hälfte des Geschwüres ist tiefer, hier sind schon die Knorpeln necrotisirt und theilweise zerstört, auf dem Boden des Geschwüres sind einige käseartige Knoten. Das Ulcus sass längs der ganzen Länge des rechten Bronchus auf seiner vorderen Wand, setzte sich fort in den Bronchialast des oberen Theiles der Lunge und verlor sich in der Substanz des oberen Theiles derselben. In der Peripherie des Ulcus ist das Bindegewebe stark entwickelt und sclerotisch. Ausser nebensächlichem Befund sind noch zu erwähnen: zwei fest mit dem Knochen verschmolzene Geschwülste an der Schädelbasis (mittlere Grube links), von denen die eine die Grösse einer Haselnuss, die andere die Grösse einer Wallnuss besass. Auf dem Durchschnitte waren dieselben weisslich — sie erinnerten an käseartig metamorphosirte Lymphdrüsen. Ferner fand sich in der Muskelsubstanz der Spitze des rechten Ventrikels eine Geschwulst von der Grösse einer Haselnuss, die zum Theile in die Höhlung des Ventrikels hineinragte. Die Oberfläche der Geschwulst war glatt, halbdurchsichtig, von weisslicher Farbe. Im Durchschnitte erschien sie gleichförmig mit kleinen Gruppen käseartiger Massen angefüllt. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass die Veränderungen in der Lunge und die Structur der Herzgeschwulst und der Schädelgeschwülste die Eigenthümlichkeiten der granulirten Gewebe hatten (Syphilome, Gummata).

Ein ähnliches vernarbtes syphilitisches Geschwür in den Bronchien hat Hüttenbrenner (Ueber einen seltenen Fall einer syphilitischen Narbe an der Bifurcation der Bronchien. Jahrb. für Kinderheilk. V. Jahrg. III. Heft) beschrieben. Diese Narbe zog sich zusammen und bewirkte dadurch eine Verengerung des betreffenden Bronchus.

Drei Fälle von Dactylitis bei Kindern berichtet Bulkley (50). Im ersten Falle war die Dactylitis sicher eine Folge von Syph. congenita. Ergriffen waren der Daumen und Zeigefinger der linken Hand, der 1. Metacarpus-Knochen der rechten Hand, der 4. und 5. Metatarsus-Knochen des linken Fusses und der Malleolus externus



des rechten Fusses. Beim zweiten Falle, wo die Syphilis wahrscheinlich war, die 1. Phalanx des rechten Daumens. Beim dritten Falle, wo Syphilis sicher ausgeschlossen war, der kleine Finger an seiner Ulnarfläche. (Beides ist nach dem Verfasser bei Syphilis gewöhnlich nicht der Fall.) Die Erkrankung trat im letzten Falle erst 16 Monate nach der Geburt auf.

Birch-Hirschfeld (**51**) hat an den Leichen von 108 Neugeborenen, respective abgestorbenen Früchten 35mal die charakteristischen syph. Knochenveränderungen (Wegner, Waldeyer, Köbner) gefunden; darunter waren 12 7—9 Monate alte, todtfaule Früchte. Nur bei 5 der letzteren fehlten sie. Er nimmt 3 Stadien des Processes an.

Das erste Stadium charakterisirt sich durch eine 2 Mm. breite, weisse, glänzende Schichte zwischen Knochen und Knorpel der Röhrenknochen. Sie entspricht der verbreiterten Zone der vorläufigen Kalkinfiltration. Im zweiten Stadium hat sich diese Schichte auf 4 Mm. verbreitert, der gegen den Knochen gewendete Theil des Epiphysenknorpels ist etwas erweicht. Im dritten Stadium liegt zwischen Knorpel und Knochen eine graugelbe, von eitrig sich auflösendem Granulationsgewebe durchsetzte, weiche Schichte, so dass sich die Epiphyse von der Diaphyse mit grosser Leichtigkeit ablöst.

Makroskopisch äussert sich diese Veränderung dadurch, dass bei gewaltsamer Trennung der Epi- von der Diaphyse nie eine glatte Bruchfläche zu Stande kommt, wie bei normalen Röhrenknochen Neugeborener, sondern dass immer unregelmässige Trümmer der intermediären Schichte anhaften, ein Verhalten, das nur noch bei der congenitalen Rhachitis zu beobachten ist.

In Fällen, wo diese Knochenveränderungen vorhanden waren, fand er die Milz vergrössert, so dass das Mittelgewicht derselben das doppelte der normalen beträgt. Histologisch charakterisirt sich dieser Milztumor durch nichts.

In einem Falle fand der Autor eine Stenose der Nabelvene, welche er nicht als Folge eines atheromatösen Processes, sondern für identisch erklärt mit der von Heubner beschriebenen syphilitischen Endarteritis.

Auch an den Nabelarterien hat der Autor diesen Befund gesehen, über dessen Causalnexus mit der hereditären Syphilis er sich übrigens reservirt ausspricht.

Endlich erstreckten sich die Untersuchungen B.-H.'s auch auf das Pancreas.

Schon Cruveilhier hatte einen hieher gehörigen Befund im Pancreas beschrieben, Oedmansson und Wegner haben ihn neben syphilitischen Veränderungen in anderen Organen beobachtet und der letztere sogar die Vermuthung ausgesprochen, es könnte von der Functionsstörung im syphil. erkrankten Pancreas die bekannte Cachexie der hereditär syphilitischen Kinder abzuleiten sein.

Eine grössere Zahl von Pancreasuntersuchungen liefert aber zum ersten Male B.-H. Unter 23 Leichen Neugeborener, bei denen die syphil. Knochenveränderung gefunden worden war, war das Pancreas 13mal afficirt, und zwar unter 13 Lebendgeborenen 11mal und unter 10 Todtgeborenen nur 2mal, was zu beweisen scheint, dass die Pancreasaffection sich erst in den letzten Monaten entwickelt.

Die syphil. Erkrankung des Pancreas stellt sich als ein Process dar, der identisch ist mit der interstitiellen Induration anderer Eingeweide, insbesondere der Leber.

Es ist bedeutend vergrössert und hat demgemäss häufig um das Doppelte und mehr an Gewicht zugenommen, das interstitielle Bindegewebe ist gewuchert, fibrös und auf dem Durchschnitte weissglänzend geworden, das Drüsengewebe ist durch Compression und Atrophie in geringerem oder höherem Grade untergegangen.

52. Kahler. Ueber den Nachweis von Quecksilber in der Milch von Frauen während der Inunctionscur. (Aus der Sitzung vom 15. Jänner 1875 des Vereines deutscher Aerzte in Prag.)

53. Wilbonchewitsch. Ueber den Einfluss der Mercurpräparate auf den Reichthum des Blutes an rothen und weissen Blutkörperchen. (Brown-Séquard's Archiv 1874.)

54. Mauriac. Klinische Studie über die heilende Wirkung des Erisypels bei Syphilis. (Paris, Delahaye. 1874.)



55. **Hutchinson.** Wann und wie soll man Quecksilber bei Syphilis anwenden. (The Lancet, 17. Jan. u. 31. Jan. 1874.)

56. **Schützenberger.** Ueber die radicale Heilung der Syphilis durch „subacute Hydragyrose". (Gaz. med. de Strasbourg. Mai 1874.)

57. **Vajda, Martini.** Ueber die Anwendung von oleinsaurem Quecksilberoxyd bei Syphilis. (Wiener med. Presse. Nr. 23 u. 24. 1874.)

Kahler stellte Untersuchungen (**52**) über den Hg.-Inhalt der Milch während der Inunctionscur bei drei säugenden Müttern an. Die von ihm beobachtete Untersuchungsmethode war die von Schneider angegebene electrolytisch-chemische. Es wurde nach Zerstörung der organischen Substanzen der Milch das Quecksilber mittelst Electrolyse auf einer kleinen Goldelectrode niedergeschlagen, das Amalgam dann in einem feinen Glasröhrchen sublimirt und in Quecksilberjodid überführt, was eine sehr prägnante Reaction hervorbringt.

Es ergab sich, dass in der Milch säugender Frauen während einer Inunctionscur, die hinreichend ist, ihre syphil. Affectionen zum Schwinden zu bringen, kein Quecksilber enthalten sei; und es folgt daraus, dass das unzweifelhafte Gedeihen syphilitischer Säuglinge während der Schmiercur ihrer Ammen auf andere Momente als den Hg-Gehalt der Milch zurückzuführen ist.

Bei einer Zählung rother und weisser Blutkörperchen, welche Wilbonchewitsch (**53**) vornahm, nachdem er syphilitische Kranke mit Sublimat oder Protojoduret behandelt hatte, glaubt er schliessen zu dürfen, dass das Quecksilber eine Zeit lang Zunahme, nach längerem, 2wöchentlichem Gebrauche aber eine Abnahme der Zahl der rothen Blutkörperchen bewirke und also schliesslich (ebenso wie die Lues selbst) zur Oligokythämie führe. Seltene grosse Dosen vermindern die Zahl der rothen Blutkörperchen.

In einer Brochure (**54**) theilt Mauriac seine Erfahrungen mit, die er über die Heilkraft intercurrirender Erisypele bei Syphilis gemacht hat. Danach sollen nicht allein Sclerosen im Laufe einer Woche, sondern auch Haut- und Schleimhautsyphilide, sowie



auch breite Condylome, Impetigo und Erytheme specifischer Natur unabhängig von der Stelle, wo sich das Erisypel localisirt hatte, unter der Einwirkung desselben in ausserordentlich kurzer Zeit geschwunden sein. Dieser merkwürdig günstige Einfluss des Erisypels auf Syphilis blieb jedoch bei cachektischen Formen von Lues aus, in denen gewöhnlich das Erisypel das primäre Leiden verschlimmerte und sogar öfters den lethalen Ausgang herbeiführte.

In einem Vortrage (55), den Hutchinson im Januar 1874 in der Hunterian Society in London gehalten, bekennt er sich als unbedingten Mercurialisten und wendet sich als solcher nicht an die principiellen Gegner dieses Mittels, sondern gerade an diejenigen Aerzte, welche von der Wirksamkeit des Mittels überzeugt sind, welche es jedoch nach seiner Ansicht nicht immer in der richtigen Weise oder zur richtigen Zeit anwenden. Am Schlusse seines mit einigen Krankengeschichten versehenen Vortrages resumirt Hutchinson seine Ansichten in folgenden Punkten:

1. Das Quecksilber ist wahrscheinlich ein Gegengift gegen das syphilitische Virus und fähig, die Krankheit zu einer wirklichen Heilung zu bringen.

2. Eine grosse Anzahl Fälle wird in der That durch Quecksilber geheilt, wofür die Wiederherstellung der Gesundheit und zuweilen auch die erneuerte Empfänglichkeit für die Ansteckung der beste Beweis ist.

3. Die Wahrscheinlichkeit der Heilung hängt von dem Stadium der Entwicklung der Krankheit beim Beginne der Anwendung des Mittels und von der Ausdauer in dem Gebrauche desselben ab.

4. Um die Wirksamkeit des Mercurs gegen Syphilis zu sichern, ist es wünschenswerth, dasselbe in beträchtlicher Menge in den Kreislauf einzuführen und mit der Anwendung sehr lange Zeit fortzufahren.

5. Speichelfluss und andere bekannte Schädlichkeiten, welche in den physiologischen Eigenschaften des Mercurs begründet sind, müssen so viel wie möglich vermieden werden, da sie die nothwendig lange Anwendung des Mittels verhindern.

6. Bei Individuen, welche eine Idiosynkrasie gegen Quecksilber manifestiren, soll man die Dosis reduciren, aber darum das Mittel nicht aufgeben.

7. Es ist nicht möglich, mit der Verabreichung von Mercur zu früh anzufangen, da man dasselbe ohne Zeitverlust, sobald ein Schanker die Neigung zeigt hart zu werden, verschreiben sollte.

8. Viele Fälle von hartem Schanker, in denen Mercur sehr bald in Anwendung gezogen wurde, hatten keine secundären Symptome zur Folge. (? Ref.)

9. In anderen Fällen, wo bei hartem Schanker Mercur frühzeitig gebraucht wurde, traten die secundären Symptome in äusserst milden Formen auf. (? Ref.)

10. Das Quecksilber verhindert daher nicht gänzlich das Auftreten secundärer Symptome, hat aber jedenfalls die Fähigkeit, dieselben zu mildern.

11. Dieses mildere Auftreten der secundären Syphilis ist eher als ein Beweis dafür anzusehen, dass die Anwendung des Quecksilbers nicht hinreichend war, als dass dasselbe nicht wirksam war. (? Ref.)

12. Es ist wahrscheinlich, dass die Möglichkeit des Auftretens tertiärer Symptome im Verhältniss steht zur Hartnäckigkeit und zur Dauer der secundären Syphilis.

13. Es gibt einige Gründe zur Annahme, dass tertiäre Symptome der Syphilis sowohl seltener als weniger hartnäckig in den Fällen auftreten, welche durch Mercur wirksam behandelt worden sind. (? Ref.)

14. Mercur, vorsichtig gegeben, hat weitaus in den meisten Fällen keine Nachtheile für die Gesundheit zur Folge und seine localen Unzukömmlichkeiten können gewöhnlich verhindert werden.

15. Wenn man annimmt, dass das Quecksilber in der That wie ein Gegengift gegen Syphilis wirkt, so müsste man dasselbe auch viel länger verabreichen, als es gewöhnlich geschieht, in der Hoffnung, alle Keime der Krankheit zu zerstören.

16. Die statistischen Tabellen über die Behandlungsdauer und über das Freibleiben von Symptomen sind irreführend und werthlos, weil die Behandlungsdauer gewöhnlich viel zu kurz war, um wirksam sein zu können.

17. Es ist bisher noch nicht bewiesen worden, dass es irgend eine syphilitische Krankheitsform gibt, bei der das Quecksilber vermieden werden soll, obwohl es als allgemeine Regel bekannt ist,



dass es bei ulcerösen Formen mit grösserer Vorsicht als sonst angewendet werden muss. (? Ref.)

18. Jodkalium hat sowohl bei primären Geschwüren als bei secundärer Syphilis wenig oder gar keine Wirkung.

19. Die Wirkung des Mercurs ist oft gerade in den Fällen am deutlichsten, welche der Behandlung mit Jodkalium aufs äusserste widerstanden haben.

20. Es ist gleichgültig, ob der Mercur innerlich, oder durch Einreibungen oder in Form von Dämpfen verabreicht wird, vorausgesetzt, dass man Salivation, Diarrhoe etc. vermeidet.

21. Die innerlich verabreichten Dosen sind gewöhnlich zu gross, und zwingen daher zu einem frühzeitigen Aussetzen des Mittels.

22. Wenn man mit einer Anwendungsmethode nicht zum Ziele kommt, so muss man es mit einer anderen versuchen und in keinem schwierigen Falle die Anwendung des Quecksilbers in Dampfform vergessen. [1])

Schützenberger schlägt (56) zur Heilung der Syphilis eine langsame und allmälige Quecksilberanwendung vor. Er beginnt mit Bädern, schweisstreibenden und abführenden Decocten, dann gibt er Quecksilber, am liebsten Einreibungen 30—90 Gran jeden zweiten Tag. 20—25 solche Inunctionen hält er im Allgemeinen für entsprechend. Bei geringer Reizung der Mundschleimhaut soll die Cur nicht ausgesetzt werden, erst wenn stärkere Salivation eintritt.

Im Jahre 1872 hat J. Marschall (Lancet, 1872, Nr. 709) das oleinsaure Quecksilberoxyd angerathen und bei chronischen Entzündungsprocessen mit dem besten Erfolge davon Gebrauch gemacht.

Berkeley Hill wendete es bei Syphilis als erster an und berichtet davon ebenfalls sehr günstig. (The med. Record. 1873. Nr. 182.)

---

[1]) Hutchinson scheint von der Behandlungsweise mittelst Quecksilberdämpfen sehr viel zu halten, während er von subcutanen Injectionen, die er allerdings selbst nie ausgeführt, nichts Günstiges aussagt. Einreibungen hält er für sehr wirksam, aber für schmutzig und unbequem.



Seine Mittheilungen haben Vajda (57) auf das Präparat aufmerksam gemacht und zur Anwendung desselben auf der Klinik für Syphilis in Wien ermuthigt. Die Herbeischaffung des Präparates war mit so manchen Schwierigkeiten verbunden. Das genau nach Berkeley Hills Vorschrift zu gewinnende Präparat stand nämlich zehnmal so hoch im Preise, als die entsprechende Quantität der grauen Salbe, welcher Umstand für die Spitalspraxis wohl von grosser Bedeutung gewesen wäre. Diesem Uebelstande wurde aber bald abgeholfen.

Man nahm nämlich das billige Nebenproduct der Stearinkerzenfabrication, das sogenannte Stearinöl, welches neben Triolein auch etwas stearinsaures Glycerin enthält. In der Kälte scheidet sich letzteres bald ab, und das darüber schwimmende Triolein wird von demselben abgegossen und zur Bereitung des oleinsauren Quecksilberoxyds verwendet. Man digerirt nämlich 28 Gewichtstheile des gelben Quecksilberoxyds mit 100 Gewichtstheilen Wasser, welcher Mischung dann 100 Gewichtstheile des oben erwähnten Stearinöls zugegeben werden. Die Vereinigung der Oelsäure mit dem Quecksilberoxyd geschieht schon bei einer unter 100° C. liegenden Temperatur; schnell geht sie aber vor sich bei 100° C.; gleichzeitig scheidet sich auf der Oberfläche oleinsaures Quecksilberoxyd aus, und das metallisch reducirte Quecksilber senkt sich gewöhnlich zu Boden, was eher als ein Vortheil als Nachtheil zu betrachten ist, weil hiebei die etwa vorhanden gewesenen Oxydationsproducte der Fette noch höher oxydirt im Wasser löslich werden und nachdem sie entfernt wurden, ihre bekannte nachtheilige Einwirkung auf die Haut hiemit hinwegfällt. Das theilweise desoxydirte Quecksilberoxyd und dessen Verbindung mit Oelsäure wird auf mechanischem Wege entfernt, was durch die Farbenverschiedenheiten sehr erleichtert ist. Das zum Digeriren verwendete Wasser, welches mit der Siedehitze ausgesetzt war, dient zugleich als Waschwasser und enthält Glycerin und Oxydationsproducte der Oelsäure. Das ölsaure Quecksilberoxyd ist bei der gewöhnlichen Temperatur der Schmierseife sehr ähnlich, specifisch schwerer als Wasser, neutral reagirend.

Von diesem Präparate sind täglich 2—3 Gramme per Person eingerieben worden, an jenen Stellen und unter jenen Modalitäten, welche für die graue Salbe von v. Sigmund geltend gemacht worden sind.



Bei 51 Fällen von Hautsyphiliden wurde das genannte Präparat angewendet. Die Mehrzahl dieser Fälle wurde gleich nach dem Erscheinen des Hautsyphilids in Behandlung genommen, ohne dass irgend welche allgemeine Therapie vorausgegangen oder gleichzeitig damit verbunden gewesen wäre. Sieben dieser Fälle, ebenfalls frische, wurden schon mit Jod behandelt; zwei Fälle wurden mit Quecksilbereinreibungen behandelt. In einem Falle wurde gleichzeitig auch Jod verabfolgt.

37 Fälle gehörten dem erythematösen Typus an, darunter wieder 23 Fälle von klein maculösem Syphilid; 6 Fälle von gross maculösem Syphilid; 7 Fälle von maculo-papulösem Syphilid; 1 Fall von figurirtem oder ringförmigem Fleckensyphilid; 14 Fälle von papulösem Syphilid, 6 davon sind papulöse Mundsyphilide, 5 lenticulär-papulöses Syphilid, 1 miliar-papulöses Syphilid, 2 Schuppensyphilide.

Die Resultate lassen sich in der Kürze folgendermassen zusammenfassen:

Bei den erythematösen frischen Formen waren im Mittel 18 Einreibungen, binnen 21 Tagen ausgeführt, hinreichend, das Exanthem zum Verschwinden zu bringen. Die sklerotische Härte der Primäraffection oder der Narbe derselben verblieb noch in solchen Fällen 1 Monat länger, als das Exanthem erschienen war, und dann erst gelangte sie zur Resorption.

In Fällen, wo schon eine Jodtherapie vorausgegangen war, schien das noch bestehende Exanthem rascher zu verschwinden. Es ist aber auch zu dieser Zeit gewöhnlich ein grosser Zeitraum verstrichen. Diese waren im Ganzen schwerere Fälle, wie papulöses Syphilid und Erythema annulare syphiliticum.

Am ungünstigsten waren die Resultate, wo schon eine Quecksilbertherapie vorausgegangen war. In dem einen Falle 41 Einreibungen mit der grauen Salbe, in dem zweiten Falle 23 Einreibungen.

Vergleicht man nun in Bezug auf die Wirkung das ölsaure Quecksilberoxyd mit der grauen Salbe, so fällt der Vergleich nach dem Verf. entschieden zum Vortheile des ersteren aus.

Die allgemeine Wirkung des ölsauren Quecksilberoxyds tritt in vielen Fällen überraschend schnell auf. Ein frisch entstandenes Erythema maculo-papulatum syphiliticum verschwand z. B. nach vier Tagen nach der Eruption.

Im schlechtesten Falle bleibt die Wirkung desselben nicht hinter der der grauen Salbe zurück.

Stomatitis sah Verfasser im Verlaufe der Behandlung niemals auftreten.

Beim ölsauren Quecksilberoxyd sah Verf. nur Erythema; dies auch nur zweimal; niemals aber vesiculöses oder knötchenförmiges Eczem, wie es bei der grauen Salbe vorzukommen pflegt.

Martini spricht sich in anderer Weise über das Präparat aus. Er bezeichnet 10 % Stomatitis als Folge der Einreibungen mit oleinsaurem Quecksilberoxyd, und 12 % Recidiven kamen ihm zur Beobachtung, was ihn zumeist veranlasst, über das Präparat den Stab zu brechen.

Besprechungen und Anzeigen.

Varia.



Die luetische Erkrankung der Hirnarterien. Eine Monographie von Prof. O. Heubner in Leipzig. Mit 4 Tafeln.

Leipzig bei F. C. W. Vogel, 1874.

Die vorliegende Arbeit ist eine derjenigen, welche eine fundamentale Bedeutung für sich in Anspruch nehmen dürfen. Sie betrifft die Gehirn-Syphilis und zwar die syphilitische Erkrankung der Gehirnarterien, welche bisher nur von wenigen Forschern (Steenberg, Passavant, Jaksch, Albers, Lancéreaux, Albutt, Oedmansson, Lewin und einigen Anderen) mit den klinischen Symptomen im Zusammenhang gebracht worden war. Heubner stellt nun zuerst die bezügliche Literatur zusammen und gibt im 2. Capitel eine Zusammenstellung von 44 aus der Literatur gesammelten und 6 eigenen neuen Fällen. Die 44 erstgenannten Fälle, bei welchen eine syphilitische Erkrankung der Hirnarterien angegeben war, sind aus 164 Leichenbefunden von syphilitischer Hirnerkrankung gewonnen.

Hierauf geht er im 3. Capitel zur Erörterung des anatomischen Charakters der syphilitischen Arterienaffection über. Zuerst bespricht der Verf. die anatomischen Verhältnisse jener Schicht, wo sich der ganze Vorgang abspielt, (der inneren Längsfaserschicht der Intima) bei den grösseren Arterien, wie sie durch die bisherigen Untersuchungen, zuletzt von Langhans festgestellt sind. Hierauf geht H. zur Schilderung der Praeparationsmethode und der gefundenen Veränderungen bei jenen Gehirnarterien über, in denen die Entwicklung der syphilitischen Erkrankung mit Vorliebe und zuerst stattfindet. Die Arterien, welche vor allem von dieser Affection befallen werden, sind nämlich die Arteria basilaris und die Hirnarterien von nächst kleinerem Kaliber (A. fossae Sylvii u. s. w.). Der Querschnitt einer solchen Arterie zeigt (bei ganz normalem Zustande, also am besten bei jungen Individuen untersucht) zu innerst das Endothel, diesem anliegend ein helles glänzen-



des, geschlängeltes Band (die Membrana fenestrata), auf diese folgt nach aussen die circuläre Muskelschichte und endlich die Adventitia. Das Gebiet, um das es sich hier handelt, ist nun der bei Arterien dieses Calibers nicht präexistirende Raum zwischen Endothel und Membrana fenestrata, welchen bei grösseren Arterien die innere Längsfaserschicht der Intima ausfüllt. An dieser Stelle finden sich in den ersten Stadien der Erkrankung anfangs undeutlich differenzirte, dann deutlich ausgebildete spindelige Zellen, welche zunächst über den Furchen der gefalteten Membrana fenestrata, dann auch über den Gipfeln der Falten das Endothel von jener Membran abheben. Diese Zellen stellen sich als Derivate der Endothelzellen dar.

Erst später wandern weisse Blutkörperchen aus den Gefässen der Adventitia in das neugebildete Gewebe ein.

Diese Neubildung vergrössert sich nun mehr und mehr durch Wachsthum nach Innen zu, das Endothel vor sich herschiebend, wodurch natürlich das Arterienlumen immer mehr verengert wird; und nachdem sie eine mehr oder minder grosse Ausdehnung erlangt hat, gehen Veränderungen mit ihr vor, die zu einer eigenthümlichen Organisation oder zur Involution führen. Im ersteren Falle erscheint zumeist nach Innen an dem Endothel ein geschlängeltes, glänzendes Band, ganz ähnlich der nun weit nach aussen gerückten Membrana fenestrata. Die dieser neugebildeten Membrana fenestrata anliegenden spindelförmigen Zellen sind dicht gedrängt, circulär angeordnet, wie die Muskelspindeln der Media, während in den äussersten Partien der Neubildung die Zellen verfilzt und weiter auseinandergedrängt sind, so dass das Ganze dem embryonalen Bindegewebe gleicht. Nun erst folgt die alte Membrana fenestrata, und es ergibt sich also, dass zwischen diese und das Endothel durch Wucherung des letzteren sich eine neue Gefässwand mit allen 3 Häuten, eingeschachtelt in die alte, eingeschoben hat. Mit dieser Entwicklung scheint eine Art Heilung mit Verengerung der alten Arterie gegeben zu sein, wobei immerhin einem dünneren Blutstrome noch der Durchgang gestattet ist.

In anderen Fällen kommt es zur bindegewebigen Vernarbung der Neubildung.

Auch der atheromatöse Process hat zwischen Membrana fenestrata und Endothel statt, doch hat derselbe den Charakter einer echten Hypertrophie der Intima, d. h. einer blossen Vermehrung derjenigen



Gewebe, welche die Intima schon besitzt, und nicht den einer Neubildung und findet ferner immer gleichzeitig und stärker in den grösseren Arterien, der Aorta z. B. statt.

Im 4. Capitel wird die physiologische Bedeutung der syphilitischen Affection besprochen. Durch zahlreiche Injectionen kam H. zu dem Resultate, dass sich am ganzen Hirnarteriensystem zwei Bezirke unterscheiden lassen, die durch zwei ganz differente Modi der Verzweigung der Hauptstämme in kleinere Aeste charakterisirt sind: der Basalbezirk und der Rindenbezirk. Ersterer geht so weit als die Hauptstämme über die weisse Substanz der Basis hinlaufen, letzterer beginnt, sobald sie auf die Hirnrinde oder vielmehr auf die sie überziehende Pia mater übertreten.

In dem Basalbezirke gehen die einzelnen kleinen Gefässe unter rechtem Winkel von der Hauptarterie ab, und treffen nach kurzem Verlauf auf ihre Ernährungsgebiete (in den Stammganglien des Gehirnes); hier hat jede, ohne mit der nächsten zu anastomosiren, ihren besonderen Bezirk, und stellt demnach eine Endarterie im Sinne Cohnheims dar. In dem Rindenbezirke ist das Verhältniss ein gänzlich verschiedenes; hier münden die Arterien zunächst in ein feines Canalnetzwerk, das durch sehr zahlreiche Anastomosen gebildet wird; aus diesem treten die Gefässe erst in die Hirnrinde.

Diese verschiedene Verlaufsweise in beiden Bezirken hat nach H. sehr differente Wirkungen auf den Blutstrom zur Folge.

Bei einer Verstopfung des Anfangstheiles einer der Hauptarterien wird nämlich im Rindenbezirke allerdings von den andern Seiten her die mangelnde Blutzufuhr mehr oder minder ersetzt, es kommt dabei aber nothwendigerweise zu Druckschwankungen, welche vorübergehende Erscheinungen von Seite der Hirnrinde bewirken, wir finden Anfälle von plötzlich eintretender Bewusstlosigkeit, echte apoplectiforme Zufälle, Ohnmachten u. s. w. Ist aber diese Druckschwankung einmal ausgeglichen, dann schwinden, trotz der Verstopfung des Arterienrohres, die Erscheinungen von Seite der Hirnrinde.

Anders verhält sich die Circulationsstörung im Falle jener Unterbrechung des Blutstroms in einer Hauptarterie im Basalbezirke. Da die demselben angehörigen Arterien Endarterien darstellen, die sich in die Stammganglien einsenken, so werden sich, sei es nun zum Infarct oder zur Erweichung gekommen, dauernde Symptome

zeigen, und zwar meistentheils auf motorischem Gebiete, also rasch eintretende und anhaltende Hemiplegien.

Die Wirkungen einer blossen Verengerung des Gefässlumens sind nicht leicht zu studiren; Verf. ist der Ansicht, dass sich dieselben mehr auf dem Rindengebiete äussern würden.

Das 5. Capitel behandelt die Aetiologie, Symptomatologie und Therapie der syphilitischen Arterienerkrankung. Verf. empfiehlt in letzterer Beziehung besonders die Mercurialien, in zweiter Linie das Jodkalium, aber nur in grossen Dosen (2—10 Gramm pro die), ferner Stimulantia für die Herzthätigkeit, endlich Ruhe, die horizontale Lage. Auspitz.

Anatomische Beiträge zur Lehre von den Pocken von Dr. Carl Weigert. Breslau bei Max Cohn und Weigert. 1874 und 1875, 2 Hefte.

Der erste Theil der vorliegenden Arbeit behandelt die Anatomie der Pockenefflorescenz auf der Haut. Das Wesentlichste der vom Verf. vorgetragenen Befunde und Ansichten ist folgendes: Die Hauptveränderung besteht in einer eigenthümlichen Entartung der untersten Schicht des Rete Malpighi, in deren Umwandlung nämlich in schollige, unregelmässig geformte, balkige oder fädige, undurchscheinende, also trübe, kernlose Elemente. Der Verf. erklärt diese Umwandlung für eine der diphtheritischen Epithelentartung nahestehende und nennt sie „diphtheroid", [1]) indem er den Gewebselementen die Deutung von Zellen vindicirt, welche einer praemortalen, aber nicht in den gewöhnlichen Formen einhergehenden Necrobiose anheimfielen. Diese Degeneration ist nach W. als die erste und zu-

[1]) Es ist nicht ganz richtig, wenn der Verf. behauptet, die „sonst gute" Beschreibung der Pocke von Auspitz und Basch (Virchow's Archiv, 28. Band, 1863) passe grösstentheils nur auf die ausserhalb des diphtheroiden-Heerdes befindlichen Partien der Pocke. Ausdrücklich geben diese Autoren an „bei Blattern mit tief reichender Eiterung bestehe der ganze Pustelgrund aus einem Gemenge von grösseren und kleineren, runden und länglichen Zellen mit und ohne Kerne, welche stellenweise durch dichte Aneinanderlagerung und Schrumpfen ihrer Wandungen deutlich den Eindruck machen, als ob sie eben in der Umbildung zu dem in der höhern Schicht schon vollendeten Maschenwerk begriffen wären". Wenn Herr Weigert über die Deutung dieser umgewandelten Zellenmassen des untern Rete-Theiles anderer



gleich als eine directe Wirkung des Pockengiftes auf die Epidermis zu betrachten.

Ueber das Maschenwerk im Innern der Pockenefflorescenz, welches Auspitz und Basch zuerst beschrieben haben, hat der Verf. keine neuen Aufschlüsse gebracht, die nicht schon in jener Arbeit enthalten wären. Die Angabe des Verf., dass die erwähnten Autoren die Eiterzellen einfach aus Zellen des Malpighi-Netzes hervorgehen lassen, ist übrigens nur insoweit richtig, als den Verfassern diese Möglichkeit vorschwebte, ohne dass sie jedoch auf diese von ihnen als hypothetisch betrachtete Lehre irgend einen Schluss gebaut hätten. [1])

Was die Delle betrifft (die primäre Delle von Auspitz und Basch), ist W. der Ansicht der Letzteren, dass dieselbe 1. nicht durch Drüsen oder Haarbälge entstehe, 2. dass die seitlichen Zellenmassen der Efflorescenz anschwellen und dadurch gleichsam für die Einsenkung der Mitte als Stützpfeiler dienen. Er hält aber nicht dafür, dass (wie A. und B. glauben) die Delle blos dadurch entstehe, dass die Anfüllung des centralen Maschenraumes mit Eiter keinen gleichen Schritt halten könne mit der Anschwellung und Anspannung der Seitentheile; sondern er ist der Ansicht, dass die „diphteroiden" Balken die Pockendecke mit dem Pockenboden verknüpfen und so die Delle zu Stande komme, und dass sie verschwinde, wenn die Balken durch die reichlichere Eiteransammlung zerissen werden.

Ich habe keinen Grund, die ersterwähnte Ansicht auf Kosten der Weigert'schen aufzugeben. Früher gedellte Pusteln, die ich kurz vor der Eintrocknung untersuchte, als das Maschenwerk die ganze Höhlung der Efflorescenzen ausfüllte, zeigten oft genug keine Delle mehr.

Ansicht ist, als die erwähnten Autoren vor 12 Jahren, so ist hiemit nur eine neue Prüfung der Befunde aufs Tapet gebracht, die mich freilich bisher nicht zur Annahme der Weigert'schen Diphtheroid-Theorie zu bewegen vermag.

[1]) An einer Stelle der Auspitz-Basch'schen Arbeit findet sich bei Gelegenheit der Schilderung von in den Maschenräumen vorfindlichen Riesenzellen mit vielen Kernen die Bemerkung: „Es ist dieser Befund von namhafter Wichtigkeit für die Eiterbildung im Rete, wenn wir auch nicht wie Virchow (Cellularpathologie, 2. Aufl., p. 401) deutliche Kern- und Zellentheilung beobachtet haben". Aus diesen Worten lässt sich wohl höchstens ein behutsames Anstreifen an eine Möglichkeit herauslesen. Uebrigens ist die Eiterungsfrage der Epithelien heute mehr als je auf der Tagesordnung.



W. spricht noch von einer unteren Delle (nicht zu verwechseln mit der secundären oder Vertrocknungsdelle von A. und B., welche Weigert ebenfalls anerkennt). Diese untere Delle entstehe durch ein Emporsteigen der Cutis unterhalb des Centrums der Pustel und letztere sei also nach oben convex. A. und B. behaupten dagegen, dass die Cutis in der Regel unter dem Centrum der Efflorescenz vertieft sei und es würde somit nach ihnen diese untere Delle wegfallen oder die Convexität nach unten kehren.

Den Schluss des ersten Theiles bildet dasjenige, was der Verf. über Bacterien bei Pocken zu sagen weiss. Geht er auch nicht so weit wie Luginbühl u. A., welcher in der Pockenlymphe, auf getrübten Epithelien u. s. w., ja bei ganz jungen Pocken auf der Oberfläche der Epidermis (!) Bacterien fand, so spricht er doch von Bacterienanhäufungen, die in der Cutis (aber nicht immer) unterhalb der Pockenefflorescenzen von ihm gefunden wurden und „möchte sie für die Träger des Infectionsstoffes oder für den Infectionsstoff selber halten".

Ich beziehe mich mit Rücksicht darauf auf die ersten Worte der Weigert'schen Abhandlung, welche lauten: „Die zu untersuchenden Hautstücke wurden ausschliesslich Leichen entnommen, allerdings so zeitig als es die Umstände gestatteten".

Im zweiten Theile beschreibt nun der Verf. „schlauchähnliche, durch unendlich verschlungene Punktreihen chagrinirt aussehende" Gebilde, die in Hämatoxylin dunkelblau werden, wie er sie in der Leber, Milz, Lymphdrüsen und Nieren, oft innerhalb von Gefässen liegend antraf. In der Umgebung derselben fand W. in den Parenchymzellen Veränderungen, welche den „diphtheroiden" Massen des Malpighi'schen Netzes bei Hautpocken entsprachen, und es stellen somit die in den Parenchymen beim Pockenprocess vorkommenden kleinen, circumscripten, kernlosen Herde mit resistenten, necrobiotischen Massen (letztere dem Maschenwerk in der Hautpocke entsprechend, aber in Form von Klumpen und Schollen), in welchen sich später Eiterkörperchen vorfinden, das Analogon der Hautpocke dar.

Was der Verf. zum Schlusse des zweiten Theiles in räumlich ausgedehnterer Weise als im ersten Theile über den Antheil von Bacteriencolonien an der Entstehung der Blattern und über Bacterien im Allgemeinen sagt, halte ich für wenig relevant, so lang man noch darüber streitet, ob das Fehlen von Bacterien unter dem



Mikroskop ein exacter Beweis für deren Nichtvorhandensein sei oder nicht, und so fern man zugeben muss, dass auch im gesunden Organismus Bacterien vorkommen, welche sich durch nichts von den etwa bei Pocken beschriebenen unterscheiden lassen. Der Verf. ist — wie es eben die Strömung heute mit sich bringt — ein Anhänger der Bacterien-Aetiologie auch für die Pocken. Das Wesentliche der vorliegenden interessanten Arbeit beruht aber wohl in der von Weigert beschriebenen diphtheroiden Veränderung, d. i. einer Form von Necrobiose, welche direct durch den Reiz des Pockengiftes erfolgen und erst nachträglich den Entzündungsvorgang in der Umgebung anregen soll. Analogien hiefür hat bisher wenigstens die Pathologie nur wenige aufzuweisen. Auspitz.

Archives of Dermatology. A Quarterly Journal of Skin and Venereal Discases. Edited by L. Duncan Bulkley. New-York: Putnam's Sons. Vol. I., Nr. 1, 2, 3.

Nachdem das von Henry herausgegebene „American Journal of Syphilography and Dermatology“ mit seinem fünften Bande (1874) sein Erscheinen eingestellt hatte, hat sich die amerikanische Fachliteratur in dem vorliegenden Archive seit Beginn dieses Jahres einen neuen Repräsentanten gegründet. Die bisher vorliegenden drei Hefte verdienen für die Sorgfalt und Fachkenntniss in der Leitung sowie für die rege Betheiligung der hervorragendsten Fachcollegen Amerika's alles Lob. Es ist zu hoffen, dass auch das neue Archiv in der Pflege des internationalen Zusammenhangs der Wissenschaft einen werthvollen Theil seiner Aufgabe erblicken werde und wir beglückwünschen es für den gemachten Anfang.

Die Redaction.



Todes-Anzeige.

Eben im Begriffe dieses Heft zu schliessen, wird uns noch die traurige Pflicht, den Tod eines geschätzten Collegen zu verzeichnen. Professor Dr. Wilhelm Petters in Prag ist am 29. Juli im 49. Lebensjahre eines plötzlichen Todes gestorben. Petters, ebenso beliebt als Arzt wie als Lehrer, gehörte zu unsern geschätzten Mitarbeitern und gerade in diesem Hefte bringen wir einen interessanten Artikel aus seiner Feder. Seit mehreren Wochen an Gonitis leidend, war er fast vollkommen hergestellt und beabsichtigte den nächsten Tag nach Teplitz zu reisen, als ihn ganz unerwartet der Tod ereilte. Ehre seinem Andenken!

Die Redaction.



Bibliographie.

Bibliographie des Jahres 1875.

I. Verzeichniss.

Dermatologie und Vaccine.

Besnier, Ernest, Ueber Anwendung undurchsichtiger Ueberzüge, bes. d. Kautschukpapiers, b. Hautkrankheiten. Bull. de Thér. LXXXVIII. p. 49. Janv. 30.

Bierbaum, Josef, Erisypelas serpens der Neugebornen u. der Säuglinge. Deutsche Klinik 8—12.

Buchholz, Th. v., Ueber d. Wesen d. Spitalskhed. Norsk. Mag. 3. R. V. 1. p. 1.

Burton, E. T., Ueber d. Einfluss d. Vaccination auf d. Fötus im Uterus. Brit. med. Journ. Jan. 9. p. 44.

Caspari, Zur Behandlung des Ekzem b. Kindern. Deutsche Klinik 4.

Cauty, H. E., Ueber chron. Ekzem. Med. Times and Gaz. Febr. 6.

Coulaud, C., De l'érythème dans ses rapports avec le rheumatisme. Paris 1875. A. Delahaye. 8. 2 Fr. — Arch. gén. 6. Sér. XXV. p. 58. Janv. — Gaz. des Hôp. 18.

Curschmann, Ueber d. Verhalten d. Milz b. den akuten Krankheiten, speciell b. Scharlach u. Pocken. Deutsche Klinik 1. p. 6.

Debove, Le psoriasis buccal. Paris. J. Savy. 8. avec planches chromolit. 2 Fr.

Forlanini, Carlo, u. Francesco Gatti, Angeborne abnorme Vertheilung d. Hautpigments. Ann. univers. Vol. 231. p. 64. Genn.

Fox, Tilbury, Ueber Behandlung d. Krätze in d. Privatpraxis u. in Hospitälern. Brit. med. Journ. Jan. 23.

Friedinger, Ueber Hautausschläge in Folge d. Vaccination. Wien. med. Presse XVI. 9. p. 199.



Fürth, Ueber Hautausschläge in Folge d. Vaccination. Wien. med. Presse XVI. 8. p. 176.

Gemma, Anton Maria, Zur Aetiologie d. Pellagra. Gazz. Lomb. 7. S. II. 5. 6.

Hunter, William B., Locale Kälte b. Varicella mit Convulsionen. Lancet I. 2; Jan.

Hutchinson, Pityriasis als Varietät von angeb. Xeroderma. Lancet I. 4; Jan. p. 124.

Jacobs, Das Impfgesetz für das deutsche Reich. Deutsche Klinik 3.

Klein, S. Zur Vaccinationsfrage und dem §. 17 des Impfgesetzes vom 8. April 1874. Ratibor. Schmeer u. Söhne. 8. 29 S.

Klüpfel, Fall von Pemphigus contagiosus acutus. Würtemb. Corr.-Bl. XLV. 1.

Lagout, Ueber Pneumonia herpetica. L'Union 8.

Liveing, Robert, Ueber Behandlung d. Scabies. Brit. med. Journ. Jan. 30.

Minnich, Erisypelas migrans von besonderer Intensität. (Prof. Güntners Klin. zu Salzburg.) Wien. med. Presse XVI. 5.

O'Neill, John, Filaria b. einer eigenthüml. Hautkrankheit (Craw-Craw) d. Eingebornen an d. Westküste von Africa. Lancet I.. 8; Febr.

Pincus, Ueber d. Krankheits-Charakter d. chron. Alopecie u. ihre gewöhnl. Beschränkung auf d. Vorder- u. Mittelkopf. Berl. klin. Wochenschr. XII. 4. 5.

Ransome, Arthur, Ueber d. Beziehungen zwischen Diphtherie u. Scharlachfieber. Brit. med. Journ. Febr. 6.

Rehm, Paul, Fall von Onychogryphosis. Arch. d. Heilk. XVI. 1. p. 80.

Reiter, Ueber Zwangsrevaccination. Bayer. ärztl. Int.-Bl. XXII. 2.

Scharlachfieber, Massregeln zur Verhütung desselben. Sanitary Record II. 29; Jan.

Schuster, Gfrd., Impfen, Impfzwang, Ansteckung u. Pockenbehandlung. 2. Aufl. Zürich. (St. Gallen, Altwegg-Weber.) gr. 8. 30 Pf.

Simon, Oscar, Ueber Prurigo. Berl. klin. Wochenschr. XII. 10. p. 128.



Stokes, Fall von Molluscum fibrosum. Dubl. Journ. LIX. p. 69. [3. S. Nr. 37.] Jan.

Turner Robert, Fall von nicht syphilitischer Rupia prominens. Lancet I. 6. Febr.

Valcourt, Ueber epidemisches Auftreten d. Scarlatina in England. Gaz. de Paris 8.

Vidal, Ueber Inokulation b. Typhoid-Ekthyma. (Soc. de biol.) Gaz. de Par. 46. p. 572.

Williams, D. M., Scharlach während der Schwangerschaft. Brit. med. Journ. 9. p. 37.

Zaggl, Ueber Verbreitung d. Blattern u. d. Cholera durch Contagion. Bayer. ärptl. Int.-Bl. XXII. 6.

Syphilis.

Agnew, D. Hayes, Tuberkulöse und syphilit. Sarkocele. Philad. med. and surg. Reporter XXXII. 1. p. 8; Jan.

Bälz, Ueber hämorrhag. Syphilis. Arch. Heilk. XVI. 2. p. 179.

Birch-Hirschfeld, Beitr. zur patholog. Anatomie d. hereditären Syphilis Neugeborener, mit bes. Berücksichtigung d. Bauchspeicheldrüse. Arch. d. Heilk. XVI. 2. p. 166.

Boeck, W., Undersögelser angaaende Syphilis. (Fortsättelse af Recherches sur la syphilis. 1862.) Christiania 1875. J. Chr. Gunderseu's Bogtrykkeri. St. 4. 291 S.

Boeck, W., Erfaringer om Syphilis. Christiania 1875. Alb. Cammermeyer. 8. 225 S.

Cormack, John Rose, Ueber congenitale Syphilis. Med. Times and Gaz. Febr. 27.

Güntz, J. Edmund, Bericht über die ersten 5 J. d. Bestehens d. öffentl. Poliklinik für Hautkrankheiten u. Syphilis zu Dresden. Deutsche Klinik 1. 2.

Heinze, Affection der linken Larynxhälfte im Verlaufe vom Lues. Arch. d. Heilk. XVI. 1. p. 65 flg.

Hill, Berkeley, Ueber Nachtripper. Lancet I. 7; Febr.

Horteloup, Paul, Uebertragung d. Syphilis auf Säuglinge. Ann. d'Hyg. 2. Sér. XLIII. p. 207, Janv.

Huguenin, Ueber Hirnsyphilis. Schweiz. Corr.-Bl. V. 4.



Hutchinson, Fall v. Taubheit b. hereditärer Syphilis. Med. Times and Gaz. Jan. 16. p. 61.

Jackson, J. Hughlings, Ueb. nervöse Erscheinungen b. congenitaler Syphilis. Journ. of mental Science, XX. p. 517. [N. S. Nr. 56.] Jan.

Jakubowits, Franz, Nutzen parenchymatöser Injectionen bei syphil. Bubonen. Wien. med. Presse XVI. 3. 4.

Kahler, Ueber den Nachweis von Quecksilber in der Milch von Frauen während der Inunktionskur. Böhm. ärztl. Corr.-Bl. III. p. 30. [Nr. 23.] Febr.

Kaposi, Zur Kenntniss d. allgem. Syphilis. Wien. med. Presse XVI. 4. p. 83.

Lane, James R., Ueber Behandlung d. Syphilis mit feuchten Quecksilberdämpfen. Brit. med. Journ. Jan. 30.

Mauriac, Symptomat. Balanopostitis u. Phimose b. infectiösem Schanker. Gaz. des Hôp. 150. 1874. 2. 11. 14. 17. 22. 1875.

Orth, Grosse syphilitische Geschwüre im Mastdarm. Berl. klin. Wochenschr. XII. 5. p. 61.

Proksch, J. K., Wissenschaftl. Protestation gegen d. Geschichtsschreiberei u. einiges Andere in Prof. Dr. H. Zeissls „Lehrbuch d. Syphilis". Wien 1875. Druck von Praetorius. 8. 37 S.

Wertner, Moritz, Epileptiforme Anfälle nach Paraphimosis. Wien. med. Presse XVI. 10.

Wilders, John, St. S., Ueber Behandl. d. Syphilis mit feuchten Quecksilberräucherungen. Brit. med. Journ. Jan. 23.

Wolzendorff, Die heutigen Ansichten über Initial-Erscheinung u. Prognose d. Syphilis, verglichen mit denen des 18. Jahrh. Berl. klin. Wochenschr. XII. 9. 10.

Zeissl, H., Lehrbuch d. Syphilis u. d. mit dieser verwandten örtl. vener. Krankheiten. Mit eingedr. Holzschn. u. 29 chromolith. Tafeln. 3. Aufl. 2 Bd. Stuttgart. Enke. gr. 8. XII und 238 S. u. XI u. 435 S. nebst VI u. 34 S. Tafel-Erklärungen. 30 Mk.



Originalarbeiten.



Ueber Pellagra in Rumänien.

Von

Dr. S. H. Scheiber,

gew. Chef des Travaux anatomo-pathologiques, Prosector und Primararzt in Bukarest.

Nach dem „Nouveau Dictionnaire de Médecine et Chirurgie", (Artikel: „Géographie médicale"), soll Professor von Bärensprung im Jahre 1830 die ersten wohl constatirten Fälle von Pellagra in Rumänien beobachtet haben (Th. Rousel). Im Jahre 1846 hat der noch jetzt lebende Primararzt des Spitales in Roman (Moldau), Dr. Alexander Theodori die ersten Fälle von Pellagra in diesem Spitale behandelt[1]). Als ich im Jahre 1867 nach Jassy als Spitalsarzt kam, kannten bereits alle Aerzte der Donaufürstenthümer diese Krankheit, und man konnte in fast jedem der dortigen Spitäler und Irrenanstalten einzelne Fälle beobachten. Nachdem ich nun in beiden Hauptstädten der Rumanie (sowohl in Jassy als in Bukarest) reichlich Gelegenheit hatte Spitalpraxis zu treiben, konnte ich mich davon überzeugen, dass die Krankheit in allen Bezirken dieses Landes von der südlichen bis zur nördlichen, von der östlichen bis zur westlichen Grenze einheimisch ist. Die Moldau und Walachei liegen zwischen 43° 44′ und 48° 17′ nördlicher Breite. Bis jetzt wurde allgemein die Grenze zwischen dem 42—46. Breitegrade als die Pellagra-Zone angenommen; man sieht also, dass die Pellagra-Zone in der Rumanie bereits den 48. Breitegrad überschritten hat.

Nördlich von der Moldau liegt die Bukowina, in deren östlichem und südlichem Theile die Hauptbevölkerung ebenfalls

[1]) Caillat, Union médicale, 1854.

Rumänen sind, die namentlich überall da die ärmere Landbevölkerung ausmachen; Siebenbürgen und das ungarische Banat, deren Hauptbevölkerung ebenfalls Rumänen bilden, liegen noch innerhalb der Grenzen dieser Breitegrade. Da bis jetzt von diesen Länderstrichen keine Pellagrafälle bekannt wurden, so ist anzunehmen, dass auch keine solchen vorkommen, obwohl a priori anzunehmen gewesen wäre, dass die Pellagra auch hier ihr Zelt aufgeschlagen haben sollte, weil dieselben Bedingungen in Bezug auf Menschenrace (Walachen), Breitegrade, Hauptnahrungsmittel (Mais), Lebensweise, Sitten und Gebräuche gegeben sind als in den Donaufürstenthümern. Ich habe selbst die südöstlichen Theile Siebenbürgens bereist, und da nichts von dieser Krankheit gehört. Ich habe mich an befreundete Collegen in Czernowitz und Lugos (Banat) brieflich gewendet, um von ihnen über die Existenz dieser Krankheit in jenen Gegenden Erkundigungen einzuziehen. Von beiden Seiten erfuhr ich, dass Niemand diese Krankheit dort kennt.

Was die Terrainverhältnisse dieser beiden Länder anlangt, so ist der grösste Theil der Moldau und der nördliche und nordwestliche Theil der Walachei gebirgig und hügelig, nur der südöstliche Theil der Moldau, sowie der übrige grössere Theil der Walachei ist Flachland; längs der Donau, welche die südliche und westliche Grenze der Walachei und in geringem Theile auch die südliche Grenze der Moldau bildet, finden sich in fast ununterbrochener Reihe meilenweite Sümpfe. Trotz all dieser Verschiedenheiten der Bodenverhältnisse ist die Pellagra doch allgemein im ganzen Lande verbreitet, nur ist dieselbe doch, wie allgemein angenommen wird, und die allerdings noch mangelhaften statistischen Daten, die ich von einem Jahre gesammelt habe, bestätigen, in der Moldau besonders in einigen Districten stärker verbreitet, als in der eigentlichen Walachei und in andern Bezirken der Moldau.

Ueber die Lebensweise der Walachen kann ich Folgendes vorbringen: Die Bevölkerung der Walachei zerfällt noch immer in zwei Hauptklassen, in Bauern und Grundbesitzer; eine dritte, die Bürgerklasse, beginnt sich erst in neuerer Zeit herauszubilden, und rekrutirt sich heute bloss aus dem Beamtenstande, den Kleingrundbesitzern (sogenannte Tschokoi's, herab-

gekommene Edelleute) und dann aus fremden hier angesiedelten Kaufleuten und Handwerkern, meist Deutschen, Ungarn, Griechen, Armeniern und Juden.

Das Hauptnahrungsmittel des walachischen Bauern ist bekanntlich die aus Maismehl bereitete Polenta, von ihnen Mamaliga genannt; die Siebenbürger Sachsen nennen diese Speise Palukes, die Ungarn Puliska. Die Speise wird so bereitet, dass das Maismehl in das fortwährend über Feuer gehaltene siedende Wasser langsam geschüttet und mit demselben so lange gerührt wird, bis das Ganze einen dicken Brei bildet. Dieser wird, nachdem er ausgekühlt ist, entweder unmittelbar, so wie er ist, gegessen, oder in der Weise, dass jeder Bissen vorerst in Milch getaucht oder mit etwas Käse vermengt wird. Ich selbst habe mit diesen Ingredienzien gemengt die Mamaliga nie geniessen können, und habe dieselbe, ohne irgend welche Hinzuthat, als eine höchst fade und geschmacklose Speise gefunden. Indessen ist die Sitte, die blosse Mamaliga mit Milch oder Käse zu mischen, ein Fingerzeig, wie die Menschen es instinctmässig herausfanden, den mangelhaften Nährwerth des Maises durch Hinzuthat von albuminreichen Speisen zu verbessern. Aber auch hiezu hat der arme walachische Bauer meist nicht die Mittel, und er lebt den ganzen Winter hindurch fast bloss von Polenta, Zwiebeln oder Knoblauch, im Sommer ausserdem noch von schlechtem halbreifem Obst, rohen Gurken und Salatblättern (bloss mit Salz bestreut ohne jede weitere Zubereitung).

Die walachischen Einwohner Rumäniens sind, mit Ausnahme des civilisirteren und bemittelteren Theiles, dermassen an den Genuss solcher Speisen gewöhnt, dass sie Brod- und Fleischnahrung bei weitem nicht so hoch schätzen, als jene. Darum ist der rumänische Bauer in den Donaufürstenthümern bei seinem hohen Wuchse mager und blass, überdiess sehr träge und ein langsamer Arbeiter. Nicht so der Siebenbürger Walache. Er lebt nie in so tiefem Elend und solcher Armuth als sein Stammgenosse Rumäniens, da, wenn er nichts zu essen hat, er die deutschen und ungarischen Städte aufsucht, wo er meist Arbeit findet, um sich gehörig nähren zu können; dann ist in Betracht zu ziehen, dass der Siebenbürger Walache,



mit dem civilisirteren, industriellen und fleissigen Sachsen stets in nachbarlicher Berührung stehend, schon längst von diesem die bessere Bearbeitung der Felder, bessere landwirthschaftliche Manipulation des Getreides und Maises gelernt hat, dass darum auch seine Felder erträgnissreicher sind, und er nicht so elend zu leben braucht. Er trocknet überdiess den Mais in Scheuern und auf dem Boden, lässt ihn besser reifen, während der Walache Rumäniens den Mais in die Grube schüttet, wo er dumpf wird, und ihn auch nicht genügend reifen lässt. Darum sind auch die Siebenbürger Walachen meist stärker und kräftiger gebaut, sehen nicht so fahl aus und haben mehr Ausdauer in der Arbeit, obwohl auch bei ihnen die Polenta als Hauptnahrung verwendet wird. Besonders stehen in dieser Beziehung die in der bisherigen Militärgrenze wohnhaften und unter militärischer Disciplin gestandenen Walachen Siebenbürgens in gutem Rufe.

Die in Rumänien angesiedelten Ausländer dagegen, sowie die Israeliten, so arm sie auch sein mögen, und endlich die civilisirtere und vermöglichere Klasse unter den Rumänen geniessen die Mamaliga nur höchst selten, höchstens als Delicatesse oder Nebenspeise, nach den feineren Regeln der Kochkunst bereitet, und nähren sich überhaupt, wie die anderen Einwohner civilisirter Länder mit Weizen- oder Kornbrod, Fleisch etc.

Ich war, soweit mir die Archive der General-Direction des Civilsanitätswesens zu Bukarest zugänglich waren, bestrebt wenigstens von einem einzigen Jahrgang (1870) eine statistische Tabelle der meisten in beiden Fürstenthümern vorhandenen Districts-, städtischen und Privatspitäler in Bezug auf Frequenz der Pellagra zusammenzustellen, deren Resultat ich hier im Folgenden wiedergebe:

Es waren im Ganzen in 6 von 21 Districtspitälern in dem Jahre 1870 zusammen 61 Pellagrakranke notirt, und zwar 42 Männer und 19 Weiber, die folgendermassen vertheilt waren: Im Districtspital Bacau 7 (3 M. 4 W.), Doubowitza 1 (1 M.), Dorokoiu 23 (17 M. 8 W.), [der nördlichst gelegene District der Moldau], Jalomitza 9 (8 M. 1 W.), Némțu (nordwestlicher District der Moldau) 18 (10 M. 8 W.), Teleorman 3 (3 M.). Von 10 Communal- und Privatspitälern wiesen



die Rapporte in dem genannten Jahre im Ganzen 75 Pellagröse aus und zwar 52 Männer und 23 Weiber. Von diesen sind 6 gewöhnliche Spitäler und 4 Irrenanstalten. Erstere sind, namentlich angeführt, folgende: Tirgu Ocna (berühmte Salzminen in der Moldau) 29 Pellagröse (20 M. 9 W.), Némţu (Filialspital von St. Spiridon in Jassy) 11 (8 M. 3 W.), Centralspital St. Spiridon in Jassy 4 (4 M.), Batuschan und Romou (beide Filialen des ebengenannten) je 6 (3 M. 3 W.), Focschani 1 (M.).

Von den 4 obgenannten Irrenanstalten sind in erster Linie anzuführen das Institut Markutza (neben Bukarest gelegen mit 180 Betten, von denen 100 für eigentliche Geisteskranke, 80 für Sieche bestimmt sind), unter 244 in diesem Jahre Behandelten waren 8 mit Mania pellagrosa (4 M. 4 W.), im Jahre 1871 unter 245 Behandelten 4 Pellagröse (3 M. 1 W.). Von den im Jahre 1870 behandelten 8 Pellagrösen, die also 3·3% sämmtlicher in diesem Jahre Behandelten ausmachen, sind 6 gestorben (in tiefster Anämie), 1 gebessert, 1 ungeheilt entlassen.

Nach dieser kommt die Irrenanstalt von Némţu mit in diesem Jahre behandelten 4 Pellagrösen (M.), dann die kleinen mit je 10 Betten versehenen Privatgründungsinstitute von Adam und Elena Beldinau mit je 1 Pellagrösen (M.).

Wir hätten also im Ganzen in 16 Spitälern 136 Pellagröse verzeichnet (94 M. 42 W.), von denen die grössere Hälfte (85) auf die 3 moldauischen Städte Némţu (33), Ocha (29) und Dorokoi (23) fallen. Dass diese Zahl zur Gesammteinwohner- und Krankenzahl nicht in Verhältniss gebracht werden kann, versteht sich von selbst, da die meisten der Kranken, viel zu entlegen von den Spitälern wohnend, dieselben nicht aufsuchen können. Auch das Verhältniss der Pellagrakranken zur Bettenzahl und Frequenz der einzelnen Spitäler war ich von nur einzelnen wenigen Spitälern zu verzeichnen in der Lage.

Es repräsentiren nämlich die 6 obgenannten Districtspitäler eine Gesammtbettenzahl von 90, da jedes derselben 15 Betten Belegraum zählt. Die Gesammtfrequenz derselben zählt bei 1000 Kranke in einem Jahre; wenn man nun bedenkt, dass unter diesen 61 mit Pellagra behaftet waren, so gibt dies ein Verhältniss von 6·1 auf 100 Kranke.



Das Filialspital St. Spiridon in Némţu (lies Njeamtz) zählt 80 Betten mit einer jährlichen Frequenz von 1100 Kranken. Im Jahre 1870 wurden in demselben 11 Pellagröse behandelt, was 1% der Gesammtbehandelten ausmacht. In der Irrenanstalt zu Némţu, die eine jährliche Frequenz von 100 Kranken. repräsentirt, wurden im Jahre 1870 4 Pellagröse behandelt, was ein Verhältniss von 4% ausmacht. Wenn wir also die Gesammtzahl der in allen drei Krankenanstalten von Némţu (Districtsspital, Filialspital St. Spiridon, Irrenanstalt) behandelten Pellagrösen (33) zur jährlichen Frequenzzahl derselben (1250) in Verhältniss bringen, so erhalten wir ein solches von 2·64%.

Nehmen wir schliesslich das mittlere Verhältniss der Frequenzzahl der Pellagrösen zur Gesammtfrequenzzahl der obengenannten Districtspitäler, des Filialspitales Némţu, und der Irrenanstalten Macuta und Némţu, so bekommen wir bei einer Gesammtfrequenzzahl dieser Anstalten von 2500 Kranken eine Frequenz von 84 Pellagrösen d. i. 3·4%. Obwohl dieses bloss ein approximatives Verhältniss der Frequenz der Pellagra für einzelne Gegenden der Donaufürstenthümer abgibt, scheint doch soviel hervorzugehen, dass die Pellagra in der Moldau, die, obwohl nördlicher gelegen, gebirgiger und fruchtbarer ist, doch mehr verbreitet ist als in der Walachei.

Da ich mich nie auf dem flachen Lande sondern stets in den Hauptstädten des Landes aufhielt, so kann ich nur über diejenigen Formen der Pellagra Mittheilung machen, die ich in den hauptstädtischen Spitälern sah. Im Ganzen genommen ist in dem Gange der Krankheit namentlich in Bezug der aufeinanderfolgenden drei Krankheitsperioden keinerlei Abweichung von den in anderen Ländern beobachteten Symptomen des pellagrösen Processes wahrzunehmen.

Der erythematöse Ausschlag ist fast immer in den ersten Jahren sowohl in Bezug auf Röthung und Schwellung als auch in Bezug auf Abschuppung der der Sonne ausgesetzten Hauttheile intensiver, als in den späteren Jahren, wo sich bereits hochgradige Anämie geltend gemacht hat. Aber auch da kommen einzelne Ausnahmen vor, da ich bei einem Individuum bei der Autopsie noch oberflächliche Geschwüre und tiefe Schrunden und Rhagoden auf beiden Handrücken sah, die intensivste Form

des Ausschlages, die ich überhaupt bei Pellagrösen zu Gesichte bekam; sonst sah ich stets nur Abschuppung nach dem Erythem folgen und zwar meist in Kleien-Form, seltener in Form grösserer Schuppen. Die Grenze des Erythems erstreckt sich an den oberen Extremitäten mit den Jahren auch über das Carpalgelenk bis gegen zwei Drittel des Vorderarmes und umfasst auch die Beugeseite des Carpalgelenkes.

Die mit Diarrhöe behafteten Pellagrösen, die in den gewöhnlichen Spitälern untergebracht waren, zeigten bereits immer nebst dem Ausschlage tiefe melancholische Verstimmung oder wirkliche Melancholie, redeten sehr wenig oder gar nichts, waren ganz theilnahmslos gegen ihre Umgebung, oder führten Irrereden mit gewöhnlich religiösem oder auch indifferentem, seltener heiterem Charakter, mit Lachen und raschen Bewegungen verbunden. Mit Dementia und Stupor Behaftete sah ich dagegen nur in Irrenanstalten.

Man sieht aber in Rumänien oft Land- und Stadtbewohner mit dem pellagrösen Ausschlag, sei es an allen der Sonne ausgesetzten und überhaupt den für Pellagra charakteristischen Hautstellen oder bloss an beiden Handrücken, bei denen es jedoch nie zu den übrigen Symptomen der wahren oder dyscrasischen Pellagra kommt, und auch nach den Ideen gewisser Autoren über die Aetiologie der Pellagra nicht kommen soll, da es zuweilen Individuen trifft, die keineswegs in elenden materiellen Verhältnissen leben und sich nie mit Maismehl nähren. Bei dieser leichten Art von Pellagra, die eigentlich als Pellagra simplex (Erythema solare) zu bezeichnen ist, schwindet auch der Ausschlag sowie bei der schweren Form in der Herbstzeit, um im Frühjahr wieder mit heftig brennenden Schmerzen zu erscheinen; er ist ferner in den meisten Fällen sehr hartnäckig und wird oft das ganze Leben hindurch herumgetragen, ohne jemals seinen für den Gesammtorganismus unschädlichen Charakter zu verlieren. Ich habe nicht nur zahlreiche Bauern und Bäuerinnen gesehen, die damit alt geworden sind, und nicht der pellagröse Ausschlag war es, wesswegen sie ärztliche Hilfe suchten, da sie schon wussten, dass nichts dagegen zu thun ist, sondern auch in der Stadt lebende Handwerker und Juden, die in besseren Verhältnissen standen, die mit diesem



Ausschlage schon seit 7—10 und mehr Jahren behaftet waren, und allen Mitteln Trotz boten. Als Beispiel sei hier hervorgehoben:

1. Fall. Ein nahe den Vierzigern stehender wohlhabender Klempner aus Jassy, der damals als ich ihn sah, bereits den siebenten Sommer den Ausschlag auf beiden Handrücken hatte, welcher allen Mitteln trotzte.

2. Fall. Ein aus Galizien stammender, aber in Bukarest längere Zeit wohnender Israelit L. M., 60 Jahre alt, Hausirer, kam am 4. Mai 1865 wegen seines Pellagraausschlages ins Spital. Derselbe war auf beiden Handrücken, sich da bis zum Carpalgelenk erstreckend, dann hinter den Ohren beiderseits von der Grösse eines Thalers, ferner am oberen Rand der Ohrmuscheln und auf der linken Halsseite vorhanden. Auf beiden Füssen fehlte derselbe, da er beschuht ging. Er hatte niemals zuvor an einem ähnlichen Ausschlage gelitten. An den betreffenden Stellen fühlte der Kranke ein sehr heftiges Brennen, besonders wenn dieselben der Sonne ausgesetzt waren. Die Erkrankung dauerte bereits vier Wochen. Sonst war der Mann ganz gesund und hatte guten Appetit. Nach Application von kalten Umschlägen wurde der Kranke am 23. Mai geheilt entlassen. Derselbe kam im Verlaufe desselben Sommers wieder einmal, aber wegen einer Intermittens ins Spital; der Ausschlag war geheilt. Seit der Zeit bekam ich denselben nicht mehr zu sehen.

Nicht immer folgen aber die obgenannten drei Krankheitsperioden so regelmässig aufeinander, wie sie der eigentlichen schweren Form der Pellagra (Pellagra vera s. dyscrasica zukommen. Es kommen hin und wieder auch solche Formen vor, die man als Pseudopellagra bezeichnet; bei solchen fehlt bald das Stadium der Diarrhöe, bald treten zu allererst Störungen des Nervensystems auf, und es kommt erst später zum Ausbruche des Exanthems. Solche Fälle lassen jedoch eine gute Prognose zu und gehen selbst nach längerer Zeit in Heilung über. Als ein Beispiel dieser Art will ich folgende Krankengeschichte mittheilen:

S. L., 45 Jahre alt, Hausirer, Israelit, kam zum ersten Mal am 7. Juli 1868 in's Spital mit einem pellagrösen Ausschlage an beiden Hand- und Fussrücken, am Halse (vorne bis zu dem vorderen Rande der beiden Sternocleidomastoidei) und im Gesichte (an



beiden Wangengegenden und am Nasenrücken). Der Ausschlag trat zwei Wochen zuvor am Jahrmarkte von Bukarest auf, als derselbe, den ganzen Tag den brennenden Sonnenstrahlen ausgesetzt, seine Waaren verkaufte, und der grossen Hitze wegen zu der Zeit meist baarfuss herumging. Er hatte nie zuvor einen solchen Ausschlag; derselbe war sehr schmerzhaft beim leisesten Betasten, besonders aber, wenn die Theile der Sonne ausgesetzt waren. Im Schatten und ohne Berührung waren die Schmerzen erträglich. Der Kranke war ausser einem chronischen Leber- und Milztumor sonst gesund. Nach drei Wochen ging derselbe geheilt aus dem Spital. Im folgenden Jahre (1869) kam er am 3. August mit demselben Ausschlage wieder in's Spital, aber diessmal klagte er nicht nur über brennende Schmerzen in den erythematösen Hauttheilen, sondern über Parese beider unteren Extremitäten, namentlich über grosse Schwäche und Mangel an Ausdauer, indem er nach je 15—20 Schritten im Knie umkippt und niederfällt. Diesen Zustand soll er acht Tage nach erneuertem Ausbruche des Exanthems bekommen haben.

Am 20. desselben Monats verliess er das Spital mit geheiltem Exanthem, aber nur wenig gebesserter Parese, wesshalb er, wie ich nachträglich hörte, in ein anderes Spital ging, von wo er nach mehrwöchentlichen Gebrauch von Bädern geheilt entlassen worden sein soll. Im Verlaufe des Sommers 1870 bekam ich den Kranken nicht zu sehen.

Am 26. Februar 1871 kam er wieder in's Spital mit rechtseitiger Hemiplegie und Irrsinn; dabei erfuhr ich von seiner Frau, dass er im Verlaufe des Sommers 1870 plötzlich auf der Strasse von einem Wuthanfalle befallen wurde, wesshalb sie genöthigt war, ihn in die Irrenanstalt zu geben. Die furibunden Delirien dauerten nicht lange und machten einem ruhigen Irrereden Platz. Die jetzt bereits unvollständige Hemiplegie soll sich in der Irrenanstalt herausgebildet haben. Der Kranke, sonst von sanguinisch-heiterem Temperamente, zeigt keine melancholische Verstimmung, spricht hin und wieder unaufgefordert unzusammenhängende Dinge, auf Fragen antwortet er nicht zur Sache, aber stets mit heiterer, lächelnder Miene.

Er blieb bis 4. April, also bei sechs Wochen im Spital, während welcher Zeit er mit Chinin und Eisen behandelt und mit dem Faradischen Strom elektrisirt wurde. Die Besserung war eine geringe.

Der Kranke hielt sich dann zu Hause auf, wo sich allmälig die Delirien und der hemiplegische Zustand verloren, bis auf eine grosse Schwäche der beiden unteren Extremitäten, über die er noch im Verlaufe des Jahres 1872, so oft ich ihn sah, klagte, jedoch in dieser Zeit nichtsdestoweniger schon seiner Beschäftigung nachgehen konnte. Im Jahre 1873 (im letzten Jahre meines Aufenthaltes in Bukarest) sah ich ihn oft ganz gesund in den Strassen seinem Hausirgeschäfte nachgehen, wobei er mir mit Freuden erzählte, dass er stundenlang ununterbrochen herumgehen könne, ohne eine Ermüdung zu verspüren. Das Exanthem war schon im Sommer 1871 nicht wieder gekommen.

Ich theilte diesen Fall darum ausführlich mit, weil derselbe als Typus eines Falles von Pseudopellagra erscheint, ich das betreffende Individuum genau kannte und dessen Krankheit durch alle Phasen des Processes zu verfolgen Gelegenheit hatte; das betreffende Individuum hatte stets in der Stadt gelebt, nie Maisbrod gegessen, wie es überhaupt von den Correligionären desselben in Rumänien bekannt ist, dass sie so wie die anderer Länder sich stets nur mit Weizenbrod, und so weit es ihre Mittel mit sich bringen, mit Fleisch und möglichst compacter Nahrung nähren.

Sectionsbefunde. Im Ganzen hatte ich Gelegenheit bei 14 an Pellagra Verstorbenen (10 Männer und 4 Weiber) die Autopsie zu machen. Von diesen ist einer im Centralspital zu Jassy, 13 im Coltzaspital zu Bukarest verstorben. In Irrenhäusern Verstorbene, also solche Individuen, an denen wahrscheinlich tiefere Gewebsveränderungen im Centralnervensystem zu finden sein dürften, als blosse Anämie und seröse Durchfeuchtung des Interstitialgewebes, möglicherweise solche, wie sie in neuerer Zeit bei anderen an Dementia paralytica Verstorbenen gefunden wurden, habe ich nicht zu seciren bekommen. Bei den in gewöhnlichen Spitälern Verstorbenen ist meist gar keine oder nur ein geringerer Grad von Geistesstörung vorhanden. Von den 14 Secirten haben bloss 5 im Leben Geistesstörung gezeigt, von denen 4 an Melancholia religiosa litten, einer (ein 50jähriges Weib) hatte heitere Delirien. An Diarrhöen litten Alle. Von den ebengenannten vier Individuen mit Mania religiosa war ein 30jähriger Mann im



Verlaufe des Sommers 1870 dreimal ins Spital gekommen; (zweimal bloss mit Diarrhöe) und wurde stets gebessert entlassen; nachdem er zum dritten Male ins Spital getreten war, wurde er nach einigen Tagen von Melancholia religiosa befallen und nach fünftägiger Dauer dieser Geistesstörung starb er. Bei allen mit Geistesstörung Behafteten fand sich ausser hochgradiger Anämie des Centralnervensystems, die sich bei allen Pellagrösen vorfand, starke seröse Durchfeuchtung mit Zerfliessen der basalen Hirntheile und der Kammerwände mit Serumansammlung in denselben.

Der Beschäftigung nach waren darunter eilf Landleute, Bauern, Taglöhner und Taglöhnerinnen, ein Diener, eine Dienstmagd und ein Weinschänker; letztere drei waren Stadtbewohner; dem Alter nach waren vier von 23—30, fünf von 30—40, vier von 40—50, einer 64 Jahre alt. Bei Allen war der Krankheitsprocess ein langsamer und chronischer. Den Monaten nach starben 1 im Jänner, 1 im April, 1 im Mai, 1 im Juni, 2 im Juli, 5 im August, 3 im September. Es war also dem der Pellagra eigenthümlichen Processe gemäss die Sterblichkeit im August am grössten, geringer in dem vorhergehenden und nachfolgenden Monate. Bei den in den Monaten Jänner, April und Mai, besonders bei den in den zwei erstgenannten Monaten Verstorbenen war exquisite Lungentuberculose vorhanden und demnach war dieser Process der Hauptfactor des Todes.

Das Resultat der einzelnen Autopsien war in Kürze zusammengestellt, Folgendes:

1. Fall. B. K., 30 Jahre alt, Diener, gestorben im August 1864. Körper abgemagert, an beiden Fuss- und Handrücken, im Gesichte (Jochgegend und Nasenrücken), ferner am Halse die Haut in bräunlicher Abschuppung begriffen; Gehirn und Rückenmark, so wie deren Häute blass, anämisch, die Hinterstränge erweicht in ihrer ganzen Länge, Lungen blass, ödematös infiltrirt, Herz schlaff, etwas blasse Gerinnsel enthaltend, Leber zur Hälfte verkleinert, indurirt, Milz zweifach vergrössert, Nieren blass, schlaff, Magen- und Darmschleimhaut blass, geschwellt; allgemeine Anämie.

2. Fall. N. G., 45 Jahre alt, Taglöhner, gestorben im September 1864. Der pellagröse Ausschlag bloss am Halse, an den Hand- und Fussrücken; allgemeine Anämie und hochgradige



Abmagerung, beide Lungen mit käsigen Tuberkeln infiltrirt, Leber und Nieren fettig degenerirt, Magen- und Darmschleimhaut geschwellt und schiefergrau gefärbt, Hirn und Rückenmark anämisch und ödematös.

3. Fall. N. T., 35 Jahre alt, Feldarbeiter, gestorben im August 1864. Der Ausschlag an allen charakteristischen Hautstellen, allgemeine Anämie, Hirn, Rückenmark und deren Häute blass, ödematös, beide Lungen von zahlreichen Tuberkeln durchsetzt, in deren Spitzentheilen mehrere Cavernen, chronischer Magen- und Darmkartarrh.

4. Fall. P. L., 28 Jahre alt, Taglöhner, gestorben im August 1867; Ausschlag vorhanden, allgemeine Anämie, Lungen serös infiltrirt, Leber und Milz vergrössert, Magen- und Darmschleimhaut blass und geschwellt, die des Dickdarmes sehr verdickt mit tiefgreifenden, zackigen Geschwüren und stark pigmentirten Narben bedeckt. Hirn und Rückenmark blass, anämisch.

5. Fall. K. T., 40 Jahre alt, Dienstmagd, gestorben im August 1869. Die Haut an allen charakteristischen Stellen in dunkelbrauner Abschuppung begriffen, an beiden Handrücken die Haut gesprungen, verdickt und geschwellt, mit tiefen Rhagoden und einzelnen Geschwüren bedeckt. Allgemeine Anämie, Hirn serös infiltrirt, weicher Consistenz, die Seitenkammern enthalten $^1/_2$ Unzen Serums, Septum pellucidum zerfliessend; allgemeine eitrige Peritonitis, chronischer Magen- und Darmkatarrh, im Dickdarm einige oberflächliche Geschwüre, Leber- und Milzatrophie, Nieren blass und fetthaltig.

6. Fall. B. K., 23 Jahre alt, Weinschänker, gestorben im Juli 1870; Allgemeine Anämie und Abmagerung, Ausschlag an den bekannten Hautstellen, Hirn und dessen Häute serös infiltrirt, oberflächliche Darmgeschwüre.

7. Fall. G. D., 30 Jahre alt, Taglöhner, gestorben im September 1870. Körper von schwächlicher Constitution, abgemagert, Ausschlag vorhanden; die rechte Lungenspitze enthält einige verkäste Tuberkel, die Halsdrüsen wallnussgross und käsig degenerirt; Milz dreifach vergrössert, von weicher Consistenz, Leber etwas vergrössert; Magen- und Darmschleimhaut geschwellt und schiefergrau, Gehirn an der Basis und in der Umgebung der Ventrikel erweicht; Rückenmark in seiner oberen Hälfte ebenfalls erweicht. (Dieses Individuum



war in kurzer Zeit dreimal im Spital, stets wegen profuser Diarrhöen; während des dritten Aufenthaltes im Spital bekam er Melancholia religiosa und starb 5 Tage darauf.

8. Fall. R. G., 50 Jahre alt, Taglöhnerin, gestorben im April 1871. Der Ausschlag bloss auf beiden Handrücken; beide Lungen tuberculös infiltrirt, in der rechten mehrere Cavernen; Milz kleiner, Leber und Nieren bloss fetthältig, Magen- und Darmschleimhaut blass und geschwellt, Hirn und Hirnhäute anämisch und ödematös.

9. Fall. A. J., 64 Jahre alt, Taglöhner, gestorben im Mai 1871. Der Ausschlag auf Händen, Füssen und im Gesicht; in der Spitze der rechten Lunge einige käsige, in der linken einige frische Tuberkel. Leber und Nieren etwas fetthältig, Magen- und Darmschleimhaut geschwellt, letztere schiefergrau, Mesenterialdrüsen geschwellt, allgemeine Anämie, die unteren Extremitäten ödematös, in allen Körperhöhlen etwas Serum angesammelt; Hirn und Rückenmark blass und ödematös.

10. Fall. A. D., 40 Jahre alt, Bauer, gestorben im September 1871. Ausschlag bloss auf beiden Handrücken; Anämie, chronischer Magen- und Darmkatarrh, Leber und Milz etwas vergrössert, Hirn und Rückenmark blass und ödematös.

11. Fall. J. G., 40 Jahre alt, Bauer, gestorben im Jänner 1872. Der Ausschlag bloss an den Händen; beide Lungen (die linke stärker) tuberkelhältig, die Mediastinaldrüsen käsig degenerirt; Nieren stark geschrumpft mit vielen tiefen Eindrücken an der Peripherie, Magen- und Darmschleimhaut blass, geschwellt, im Dickdarm katarrhalische Geschwüre, Hirn blass, die Ventrikel enthalten viel Serum, deren Umgebung, sowie die Hinterstränge des Rückenmarks erweicht.

12. Fall. B. J., 50 Jahre alt, Bäuerin, gestorben im Juni 1872; der Ausschlag an den Händen, an der Stirne und auf der oberen Brusthälfte. Hirn blass, weicher Consistenz, Milz dreifach vergrössert, Magen- und Darmschleimhaut blass, geschwellt. Bei dieser Frau waren nebst profusen Diarrhöen im Leben heitere Delirien zugegen.

13. Fall. J. S., 45 Jahre alt, Bauer, gestorben im Juli 1872. Ausschlag auf den Händen, Füssen und am Halse; allgemeine Anämie und Hydrops, rechtseitige Pleuritis und acute käsige Pneumonie der



ganzen rechten Lunge; Nieren und Leber etwas fetthältig, Milz kleiner, chronischer Magen- und Darmkatarrh, Hirn und Hirnhäute blass und ödematös.

14. Fall. A. N., 40 Jahre alt, Taglöhnerin, gestorben im September 1872. Ausschlag an allen unbedeckten Hauttheilen, Leber und Milz vergrössert, Magen- und Darmschleimhaut geschwellt, schiefergrau, Hirn und Hirnhäute blass, weicher, allgemeine Anämie und Hydrops.

Aus den aufgezählten Autopsiebefunden ist ersichtlich, dass mit Ausnahme des fünften Falles, bei welchem eine zufällig eingetretene Peritonitis die Todesursache war, alle anderen theils an Tuberkulose, theils an Anämie, Hydrämie und Marasmus zu Grunde gingen. Der Umstand ferner, dass unter 14 Fällen 7 mit Tuberkulose Behaftete beobachtet wurden, beweist zur Genüge, dass diese Krankheit einen ziemlich häufigen Ausgang der Pellagra bildet. Unter diesen sieben Fällen war bei dreien die Tuberkulose in minderem Grade vorhanden, bei den anderen Vieren dagegen in so hohem Grade, dass in diesen Fällen die unmittelbare Todesursache einzig und allein dieser Krankheit zuzuschreiben ist. In jenen drei Fällen, wo die Tuberkulose in geringem Grade ausgesprochen war, zeigten sich einmal die Mediastinaldrüsen, ein andermal die Halsdrüsen im hohen Grade käsig degenerirt. Unter den vier schwereren Fällen wurden drei Fälle von chronischer und ein Fall von akuter käsiger Lungenentzündung beobachtet.

Zu den konstantesten bei den Autopsien gefundenen Veränderungen gehören: 1. Der Hautausschlag, welcher in drei Fällen bloss an den Händen, in den übrigen aber an den meisten unbedeckten Körperstellen vorhanden war; 2. Anämie und allgemeiner oder partieller Hydrops; 3. chronischer Magen- und Darmkatarrh, der in drei Fällen von oberflächlichen Geschwüren im Dickdarm, in einem Falle von chronischer Dysenterie begleitet war; 4. Anämie und seröse Infiltration des Gehirnes und Rückenmarkes, in 5 Fällen Erweichung der basalen Theile und der Umgebung der Ventrikel, in drei Fällen Erweichung des Rückenmarkes (zweimal bloss der Hinterstränge, einmal der ganzen oberen Hälfte).

Was die übrigen Complicationen anlangte, so gehören dieselben weniger der Pellagra an, und sind es mehr weniger Symptome einer jeden anderen Dyskrasie, ganz besonders aber der in Rumänien so einheimischen Malaria-Cachexie. Sie sind folgende: In acht Fällen Leberhypertrophie (Fettleber), in drei Fällen Leberatrophie (beginnende oder vorgeschrittene Cirrhose), in sechs Fällen Milztumor, in vier Fällen Milzatrophie, in eben so vielen Fällen fettige Degeneration der Nieren, und in einem Falle Atrophie (Induration) derselben.

In Betreff der Aetiologie der Pellagra muss ich zunächst bemerken, dass ich aus Mangel genügenden klinischen Materiales in letzterer Zeit meines Aufenthaltes in Rumänien nicht in der Lage war, die Experimente von Lombroso in Pavia zu wiederholen; nachdem die Resultate derselben jedoch von anderen Seiten auf Widerspruch gestossen haben, so müssen weitere Erfahrungen über dieselben abgewartet werden.

Meiner Meinung nach hängt die Pellagra simplex sowohl als auch die Pseudopellagra mit denselben ätiologischen Momenten zusammen, als die Pellagra dyscrasica, nur sind es verschiedene Grade der Einwirkung und der individuellen Disposition, die die verschiedenen Grade der Krankheit bedingen.

Da ich nun die schwereren Formen der Pellagra nicht bis zu ihren Entstehungsherden auf dem flachen Lande zu verfolgen Gelegenheit hatte, so kann ich in Bezug auf die Entstehung der Krankheit aus specifischer Maisnahrung nichts Ueberzeugendes aufbringen, vielmehr drängen mich die Thatsachen zur entgegengesetzten Ueberzeugung. Was zunächst die drei in den Autopsiebefunden als Städter verzeichneten Fälle betrifft, die ich wohl nur der Autopsie nach kenne, aber klinisch nicht beobachtet habe, möchte ich a priori behaupten, dass bei denselben nicht ausschliessliche Maisnahrung die Krankheit vermittelt hat, da es von einem Wirthshausbesitzer nicht, und noch weniger von einem in städtischen Familien Bediensteten wahrscheinlich ist, dass Mais als Hauptnahrungsmittel gedient hätte, um so weniger, als es bekannt ist, dass wenigstens in Bukarest jeder Kutscher und jeder Taglöhner alltäglich seinen Laib Brod auf dem Platze kauft. Für Fälle von Pellagra simplex und Pseudopellagra habe ich aber ganz bestimmte Anhaltspunkte dafür, dass davon Individuen



ergriffen werden, die nie Mais als Nahrung, sondern höchstens als Rarität geniessen. Aus dem Rapport der Markutzaer Irrenanstalt vom Jahre 1868 ist ferner zu entnehmen, dass der grösste Theil der in diesem Jahre daselbst behandelten Pellagrakranken aus solchen Gegenden kamen, wo sie in Ermanglung von Weizen und Mais genöthigt waren, sich mit Gerstenmehl und anderen schlechten Speisen zu nähren.

Andererseits ist es schon längst bekannt, dass die Pellagra in einigen Gegenden von Frankreich sporadisch beobachtet wurde, wo nicht nur kein Mais als Nahrungsmittel gebraucht, sondern überhaupt nicht cultivirt wird. Endlich geht aus der Mittheilung Dr. Ullersperger's (aus dem „Il siglo medic." Madrid) hervor, dass nach genauen Zusammenstellungen in Spanien bei keinem der (Pellagra) Kranken der Genuss von Maisnahrung voranging (Neumann, Hautkrankheiten 1873). Alle diese Umstände nun lassen mich zur Meinung jener Autoren bekennen, die die Pellagra nicht als alleinige Folgekrankheit des Genusses von krankem oder gesundem Maise betrachten, sondern dieselben vom Zusammentreffen gewisser theils bekannter, theils unbekannter Agentien, wie schlechte sociale Verhältnisse, Armuth, Elend, schlechte Nahrung, Disposition, Erblichkeit, endlich klimatische und tellurische Einflüsse, herleiten. Alle diese Einflüsse machen sich hauptsächlich bei jenen Individuen geltend, die in besonders grossem Elend und Armuth leben, die schwere Arbeiten bei sengender Sonnenhitze verrichten, wo die Arbeitsleistung in grellem Missverhältnisse steht zu dem Albumingehalte der genommenen Nahrung.

Wir müssen die Pellagra meiner Meinung nach als eine in neuerer Zeit entstandene sogenannte Volkskrankheit auffassen, die ebenso wie der Scorbut und die Lepra durch verschiedene theils bekannte, theils unbekannte Agentien bedingt wird. Bei allen diesen Krankheiten spielen bekanntlich schlechte Nahrung, schlechte hygienische, tellurische und individuelle Verhältnisse eine wichtige Rolle.

Zu jeder Epoche der Geschichte sind in verschiedenen Gegenden der Erde gewisse, sogenannte Volkskrankheiten aufgetaucht, ohne dass man wusste, wieso und warum; dieselben blieben entweder auf die betreffende Gegend für immer be-

schränkt, oder haben sich weiter auf andere Landstriche verbreitet, sind bald endemisch geblieben, bald epidemisch aufgetreten, haben allmälig wieder abgenommen, sind endlich ganz verschwunden, oder doch in leichterem Grade zurückgeblieben. Bei allen diesen Krankheiten beobachtete man, dass sie anfangs beinahe ausschliesslich bei in ärmlichen Verhältnissen und unter den misslichsten hygienischen Einflüssen lebenden Individuen vorkamen; später aber als sie eine grössere Ausbreitung erlangten und epidemisch auftraten, auch in besseren Verhältnissen lebende Individuen nicht verschonten, um später wieder mit ihrer Abnahme ausschliessliches Privilegium der in misslichen socialen Verhältnissen lebenden Bevölkerung zu bleiben. Aber warum solche Krankheiten in gewissen Zeitaltern entstanden sind und bestanden haben, das wissen wir ebenso wenig, als die Ursachen ihres Abnehmens oder gänzlichen Verschwindens.

Eine solche schon seit Urzeiten bekannte Krankheit ist die Lepra, welche aus Afrika und Arabien stammend, sich später auf ganz Asien und Europa ausbreitete, und somit im Mittelalter in der ganzen alten Welt einheimisch war. Gegen Ende des 15. und Anfang des 16. Jahrhundertes ist die Lepra vom grössten Theile Europa's geschwunden, ohne dass wir wüssten warum, ebensowenig als wir heute wissen, warum sie jetzt noch in einigen Bezirken Scandinaviens in wahrhaft erschreckender Weise wüthet, während sie in den südlichen Küstengegenden und den mittelländischen Inseln Europa's in leichterem Grade endemisch geblieben ist.

Auch bei dieser Krankheit wurden in früherer Zeit alle die verschiedenen aetiologischen Momente angeführt, wie heute bei der Pellagra. Die Lepra wurde von Vielen mit gewissen Nahrungsmitteln, namentlich mit dem Genusse gewisser Fische oder Meeresvögel in Zusammenhang gebracht. Andere leiteten sie von gewissen tellurischen und atmosphärischen Einflüssen, wieder Andere von schlechten socialen Verhältnissen her. Nachdem die Lepra schon zum grossen Theile aus dem europäischen Terrain verschwunden ist, wissen wir noch immer nicht einmal annähernd ihre eigentliche Ursache. Wir wissen nur heute soviel, dass sie, wo sie noch zu Hause ist, zumeist die Hütten



der Armuth und des Elendes aufsucht, während es doch auch anderswo Armuth und Elend gibt, wo die Lepra gar nie zu sehen ist, oder doch zu den grössten Seltenheiten gehört.

Der Scorbut ist ebenfalls eine solche Krankheit, die jetzt in Europa viel seltener zu finden ist, als in früheren Jahrhunderten, wo sie beinahe in ganz Europa endemisch und epidemisch herrschte. Wie wir aus der Geschichte des Scorbutes wissen, wurde er anfangs ausschliesslich auf Meeresschiffen beobachtet, später setzte er sich in den Küstenländern fest, um sich später auch auf alle Binnenländer auszubreiten. Die Ursache des Scorbutes sucht man ebenfalls bald in schlechter, verdorbener, bald in einförmiger Nahrung, bald in finsteren feuchten Wohnungen, und anderen schlechten hygienischen und socialen Verhältnissen. Der Scorbut kann aber auch entstehen in Folge von protrahirten Krankheiten und Siechthum. Wir sehen also den Scorbut aus verschiedenen Ursachen entstehen, die aber Alle in der Weise auf das Blut einwirken, dass zunächst die Capillarwände dadurch leiden und leicht zerreissen.

Es ist also die Pellagra ebenfalls nichts anderes, als eine Volkskrankheit neueren Datums, deren Ursprung Armuth, Elend, schlechte Nahrung, ungesunde Wohnung, ungünstige hygienische Verhältnisse und noch andere uns unbekannte Agentien sind, welche eine Veränderung der Säftemasse und des Nervensystems bedingen, die sich uns in dem Bilde der verschiedenen Grade der Pellagra präsentirt. Nach gehöriger Einwirkung dieser krankmachenden Einflüsse auf das Individuum bedarf es nur einer Gelegenheitsursache, wie z. B. des Aussetzens starker Sonnenhitze (zu dem ein eclatantes Beispiel der mitgetheilte Fall von Pseudopellagra abgibt), des Genusses schlechter Nahrung (verdorbenes Maismehl) u. s. w., damit es zum Ausbruche der Symptomenreihe komme.

Ebenso wie der Scorbut verschiedene Grade hat, deren leichtester unter dem Namen des „Morbus maculosus Werlhofii“ bekannt ist, können wir auch bei der Pellagra verschiedene Grade unterscheiden, welche weiter oben bereits charakterisirt wurden. Der Morbus maculosus W. wird ebenfalls wie der Scorbut von schlechten hygienischen Einflüssen abgeleitet; indessen kommt derselbe auch bei Menschen mit blühendem



Aussehen und besserer Constitution vor, wo nicht gerade feuchte Wohnung und schlechte Nahrung nachzuweisen ist. Ebenso bemerkt man auch die leichteren Grade von Pellagra bei Leuten, die nicht gerade in den schlechtesten hygienischen und materiellen Verhältnissen leben (ohne Unterschied ob sie ausschliesslich von Maisnahrung leben oder nicht), während die schwere Form der Pellagra ganz besonders unter dem nothleidenden armseligen Landvolke grassirt und nur ausnahmsweise städtische Bewohner befällt. Bei den letzteren dürften aber übrigens auch Hereditätsverhältnisse mit im Spiele sein, die gewisse Individuen auch bei leichteren Graden von aetiologischen Einflüssen zur schweren Erkrankung disponirt machen.

Sowie der Scorbut zuerst auf Seeschiffen aufgetreten ist, und als Hauptursache nichts anderes als schlechte Ernährung anzunehmen war, so wissen wir von der Pellagra heute auch nur soviel, dass sie 1. eine bestimmte europäische Menschenrace, nämlich die romanische[1]), 2. jene Gegenden heimsucht, wo der an Nährstoff (albuminösen Substanzen), arme Mais zur gewöhnlichen Hauptnahrung dient; und 3. endlich, dass sie sozusagen in fortwährender Ausbreitung begriffen ist; während sie nämlich zu allererst in Spanien bekannt wurde (im zweiten Viertel des vorigen Jahrhunderts [1735]), sind die ersten Nachrichten von ihr in Italien nahezu zwei Decennien später (1750—75), in Frankreich erst zu Anfang des gegenwärtigen Jahrhunderts, und endlich noch später in Rumänien aufgetaucht, obwohl der Mais in dieses letztere Land bereits im 17. Jahrhundert unter Şerbon Voda eingeführt wurde und man doch nicht behaupten kann, dass man in Rumänien den Mais früher mit viel besserer Sorgfalt gepflanzt, respective vor Verderben mehr geschützt hat, als jetzt.

Ob nun diese Krankheit in ihren heutigen Grenzen verbleiben, oder sich noch weiter ausbreiten dürfte, wer kann diess voraussagen? Aus der Analogie mit anderen derartigen Volks-

[1]) Es wäre im Interesse dieser Frage sehr erwünscht zu erfahren, ob die Pellagra nicht auch in Serbien, Bulgarien und Bosnien, wo doch ebenfalls Mais als Hauptnahrung dient, und welche hauptsächlich von slavischer Race bewohnt sind, herrscht, besonders da auch diese Länder noch innerhalb der Pellagrazone (42 - 44. Breitegrad) fallen.



krankheiten zu schliessen, ist es indess nicht unmöglich, dass der letztere Fall eintritt.

Zum Schlusse will ich noch hervorheben, dass im Gegensatze zu der allgemein geltenden Annahme, dass mehr Weiber als Männer der Krankheit anheimfallen, aus meiner oben angegebenen Zusammenstellung von 136 Krankheitsfällen hervorgeht, dass die Zahl der pellagrösen Männer (94), mehr als das Doppelte beträgt, als die der weiblichen Kranken (42).

In Bezug auf die Therapie wurden dieselben Erfahrungen gemacht, wie anderswo, dass nämlich die weniger vorgeschrittenen Fälle nach einiger Pflege, guter Kost und Darreichung von Roborantia (Chinin und Eisen in kleinen Dosen, Arsen, Wein) gebessert oder für einige Zeit geheilt werden, während die älteren Fälle, ohne dass es noch zu Störungen des Nervensystems kommt, bei hochgradiger Anämie und Hydrämie an Diarrhöen und Erschöpfung zu Grunde gehen [1]).

[1]) Zu Ende dieses Aufsatzes kann ich nicht umhin meinem Freunde, dem gewesenen Leibarzt des Fürsten Cuza, Primarius Dr. Glück, auf dessen Abtheilung und unter dessen Anleitung ich Gelegenheit hatte, meine ersten Beobachtungen über Pellagra zu machen, für diese seine Freundlichkeit meinen wärmsten Dank hiemit auszusprechen.

Ueber gesunde Mütter hereditär-syphilitischer Kinder.

Von

Dr. J. Caspary,

Privatdocenten an der Universität Königsberg.

Giebt es gesunde Mütter hereditär-syphilitischer Kinder? Diejenigen Autoren, die diese Frage bejahen, sind unter sich über den Ansteckungsmodus — directe Infection des Ovulum durch das Sperma — Alle einig, und die Beweisführung ist bei fast Allen dieselbe. Sie haben nach Constatirung erblicher Lues bei dem Kinde die Mutter frei von allen Zeichen der Syphilis gefunden; während einer gewissen Beobachtungszeit, innerhalb deren vielleicht erneute Schwangerschaft wieder zur Geburt einer kranken Frucht führte, hat sich die Gesundheit der Mutter erhalten, wie sie der Anamnese nach stets eine vollkommene gewesen ist.

Aber die zahlreichen Gegner sind durch derlei Krankheitsgeschichten nicht überzeugt und nicht zu überzeugen. Sie setzen eine ebenso grosse Anzahl von Berichten (Hutchinson allein fünfzig) den vorigen entgegen über Frauen, die erst spät, oft nach mehrfachen Geburten syphilitischer Kinder erkrankten, und zwar ohne Primärsymptom, das eine Eingangsstelle des Virus angezeigt hätte, an Zellgewebsknoten, Knochenleiden, tiefen Schleimhautgeschwüren. Sonach seien die „gesunden Mütter" der Gegenpartei keineswegs ausser Gefahr; vielmehr würden voraussichtlich in mehr weniger langer Zeit auch an ihnen tertiäre Formen der Syphilis zur Beobachtung kommen. Ich habe kürzlich (Berliner klinische Wochenschrift 1875, Nr. 13), über eine solche Frau berichtet, die bis zu ihrer vierten Schwangerschaft angeblich ganz gesund, dann schwere, mit jeder neuen Gravidität sich steigernde Symptome der Syphilis



zeigte. Einen Fall entgegengesetzter Art von anscheinender Immunität der Mutter trotz zehnmal erfolgter Geburt syphilitischer Kinder oder Aborte habe ich jüngst erlebt. Wenn ich ihn kurz mittheile, so geschieht das nicht, weil ich ihn für irgend beweiskräftiger halte als die grosse Anzahl der bisher veröffentlichten Krankheitsgeschichten, sondern als eine Art Paradigma und ausserdem als neuen Beweis für die Contagiosität der hereditären Syphilis.

Die 23jährige M. N. kam am 2. Juli 1875 wegen Ulceration beider mammillae in meine Poliklinik. Die untere Hälfte beider Warzen war eingenommen von einer oberflächlichen Ulceration mit speckigem, leicht blutendem, mässig indurirtem Grunde; flachem, zum Theil ganz scharf umschriebenem Rande. In beiden Achselhöhlen eine Anzahl indolent geschwollener Drüsen, während am ganzen übrigen Körper nirgends Drüsenschwellungen bestanden, Haut und Schleimhäute durchweg intact erschienen. Desto mehr klagte die anämisch aussehende Patientin über Kräfteverfall, Gliederschmerzen, Fieberempfindungen. Schritt für Schritt konnte ich nun mit den Studirenden, die die Poliklinik besuchten, die Entwicklung der Lueszeichen verfolgen, wie erst Drüsenschwellungen an den seitlichen Cervicalsträngen und in den Leisten fühlbar wurden, dann maculo-papulöses Exanthem sich zeigte, an Anus und Genitalien sich zu Condylomen weiter entwickelnd und mit Erythem am weichen Gaumen vergesellschaftet; wie die Patientin durchweg fieberlos war, die Zeichen der acuten Anämie auch nach dem reichlichen Ausbruche der Syphilide nicht schwanden, aber bald nachliessen, als die Wirkungen einer Inunctionskur hervortraten. — Die Kranke hatte am 15. April, einige Wochen vorher entbunden, eine Ammenstelle übernommen. Der Säugling, den sie nun sechs Wochen hindurch nährte, war mit Gelbsucht geboren, die bis zum Tode andauerte. Im Alter von fünf Wochen erkrankte er an Ausschlag, zunächst am Anus, dann über den Körper verbreitet — ob an den Lippen, war nicht zu erfahren. Acht Tage darauf erfolgte der Tod und die N. verliess mit schmerzenden, aber scheinbar heilen Brüsten den Dienst. Nach wenigen Tagen, während deren sie ihrem eigenen Kinde die Brust gab, versiegte die Nahrung; sie ging mit dem Kinde auf das Land, wo sie bald die Wunden bemerkte, die sie zu mir führten. Das Kind, an dem man sechs Wochen, nachdem es von der Mutter ge-



nährt worden war, Ausschlag bemerkte, wurde später zu mir hereingebracht, und ich fand reichliches papulöses Exanthem, Condylome, Plaques muqueuses der Zunge und Schwellungen fast aller zugänglichen Lymphdrüsen. Die Infectionsstelle war nicht mehr nachzuweisen. Ueber die hereditären Verhältnisse des verstorbenen Säuglings berichtete mir der Vater desselben, der mich bald nach dem Auftreten der Allgemein-Symptome bei der Amme aufsuchte, dass er vor 14 Jahren wegen „weichen Schankers" gleich nach dessen Auftreten eine vierwöchentliche strenge Inunctionscur durchgemacht habe; seitdem sei er frei von allen Zeichen einer Infection geblieben. Vor 11 Jahren habe er sich mit einer gesunden Frau verheiratet, die sechsmal abortirt und vier Kinder geboren habe. Diese erkrankten meist in der fünften bis siebenten Woche an Ausschlag, der von den Aerzten zum Theil für syphilitisch oder verdächtig erklärt worden sei; drei starben bald darnach, eines sei erhalten geblieben. Dieses letztere sei von seiner Frau genährt, die anderen drei von Ammen, die alle bis auf die letzte gesund geblieben seien. An seiner Frau sei während der ganzen Dauer der Ehe nie die geringste Spur von Syphilis zu finden gewesen. — Eine auf meinen Wunsch nunmehr noch von dem sehr unterrichteten Hausarzte vorgenommene Untersuchung hatte, wie derselbe mir freundlichst mittheilte, dasselbe Resultat.

Ist diese Frau, die so viele kranke Kinder geboren hat, gesund, einer Infection zugänglich? Oder hat man zu erwarten, dass spät, vielleicht erst in den klimakterischen Jahren schwere Syphilisformen auftreten werden als Folge allmäliger, von dem gewöhnlichen Gange abweichender Durchseuchung, wie in dem oben erwähnten Falle H.? Ich muss hier dieselbe Antwort geben, wie gelegentlich der Besprechung des letzteren Falles: So lange nicht die Gesundheit der Frau bis zur Eingehung der Ehe nachgewiesen ist — von übersehener oder verheimlichter Krankheit während der Ehe ganz zu geschweigen —; so lange nicht eine durch vorher acquirirte Syphilis erlangte Immunität sicher abgewiesen ist; sind solche Fälle nicht beweiskräftig. Es ist nur zweifelhaft, ob sie es je sein werden. Es wird möglich sein, hereditär-syphilitische Kinder oder der Art verdächtige viele Jahre lang zu überwachen; aber etwaige Fehltritte, die später folgenreich gemacht werden, dürften gerade dem Haus-

arzte verheimlicht werden, und so könnte dessen anscheinend sichere Kenntniss zum Irrthum führen.

Wir würden in der Beurtheilung der vorliegenden Frage keinen Schritt vorwärts kommen, wenn wir nur die beiden Reihen von Krankengeschichten einander gegenüberstellen könnten: die eine über gesunde Mütter kranker Kinder, die andere über spät und gleich tertiär (nach geläufigem Ausdruck) erkrankende Frauen berichtend. Aber die klinische Beobachtung hat weitere Erfahrungen gesammelt. Bei einer Anzahl von Frauen syphilitischer Männer, die immer wieder abortirten oder syphilitische Kinder gebaren, die selbst aber gesund erschienen, hat man durch specifische Curen die Geburt gesunder Kinder erzielt. Die Thatsachen sind verbürgt, und ich könnte ihre Zahl aus eigener Beobachtung vermehren. Aber es ist dadurch wohl noch nicht bewiesen, dass die Mutter krank war und die Herstellung ihrer eigenen Constitution zu dem glücklichen Resultat führte. Ich sehe ganz von den unverwerthbaren Fällen ab, in denen Mann und Frau einer antisyphilitischen Behandlung unterworfen wurden. Aber auch wenn die Frau allein behandelt wurde, ist die Annahme erlaubt, dass der specifische Einfluss des Merkur durch den Mutterleib hindurch auf die vom Vater her kranke Frucht sich geltend gemacht habe. Nun sind aber auch Fälle erzählt, in denen nach dem Tode des inficirten Mannes, dem die stets gesund erscheinende Frau nur syphilitische Kinder geboren hatte, in zweiter Ehe vom gesunden Manne ebenfalls syphilitische Kinder gezeugt wurden. In solchen Fällen ist gewiss die Anamnese mit doppelter Vorsicht aufzunehmen. Analogieen sind freilich in interessanten Vorkommnissen des Thierlebens gegeben, auf die Hutchinson aufmerksam gemacht hat. Ein weibliches Thier, das einmal von dem Männchen einer Species geschwängert worden ist, die von seiner eigenen sehr verschieden ist, bringt später, wenn es von seiner männlichen Art wieder trächtig geworden, Junge zur Welt, die noch immer mehr oder weniger in die fremde Species hineinspielen. Mancher Thierzüchter weiss von ähnlichen Folgen zu berichten, wenn ein Mutterthier erst von unedlem, dann von edlem Männchen befruchtet wurde und umgekehrt. Der Einfluss, den der frühere

Wurf auf spätere noch eine Weile ausübt, ist bei Thieren, die nur etwa einmal im Jahre Junge haben, aus localer Einwirkung des Sperma auf andere Ovula als die sofort befruchteten nicht zu erklären; man muss wohl den mütterlichen Organismus dafür verantwortlich machen. Man darf das freilich nicht ohne Weiteres auf menschliche Verhältnisse anwenden, am allerwenigsten auf Krankheiten, die nicht bloss dem Thierleben fremd, sondern auch dem Sperma hominis nicht durch Art-Verhältnisse von vorne herein eigen sind. Ich übergehe so manche klinische Erfahrungen, die für die Infection der Mutter bei Schwängerung mit kranker Frucht sprechen; so die Abweichung, dass manchmal die späteren Kinder eines syphilitischen Vaters mehr leiden als die früheren, was so gedeutet wird, dass die inzwischen latent erkrankte Mutter ihr schlimmes Theil zugibt zu der Entwicklung der ohnehin kranken Frucht. Zur Verwerthung in so heikler Frage sind hier der möglichen Fehlerquellen zu viele. Aber eine Beobachtung, die oft gemacht worden ist und immer wieder gemacht und controlirt werden kann, ist vielleicht von noch grösserem Werthe, als ihr im Allgemeinen bis heute zugestanden wird. Diday, Hutchinson, Köbner, Bäumler, Gerhardt — Freund und Feind in der vorliegenden Frage — heben einmüthig hervor, dass aller Erfahrung nach Frauen von ihren hereditär-syphilitischen Kindern beim Nähren nicht angesteckt werden. Wenn gesunde Ammen von solchen Kindern angesteckt werden können, was ich vielfachen Zweifeln gegenüber an anderem Orte (Berliner klin. Wochenschrift 1875, Nr. 41) und auch heute glaube festgestellt zu haben, so hat das obige Factum — wenn durchgängig wahr — ausserordentliche Bedeutung. Nur von Gamberini (Etiologia fisiologico-anatomica della sifilide ereditaria, referirt im Archiv für Dermatologie und Syphilis 1870. S. 109) finde ich die gegentheilige Behauptung angegeben. Da mir nur das Referat vorliegt: „Bewiesen ist, dass ein durch die Schuld des Vaters syphilitisch gewordener Fötus die Brustwarzen der eigenen Mutter inficirt, welche dann nach der bestimmten Zeit die Symptome der constitutionellen Syphilis zeigt,“ so habe ich über den Werth der zu Grunde liegenden Beobachtungen kein Urtheil. Haben alle



die Uebrigen gegenüber Gamberini Recht, so liegt der Schluss nahe, dass jene Frauen — wieder abgesehen von erworbener Immunität — latent syphilitisch waren. Nicht als dürften einzelne solcher Beobachtungen zu derartigem Schlusse genügen (siehe dagegen Günzburg's und meine obige Mittheilung über gesund gebliebene Ammen), aber die Masse der Thatsachen und die grosse Uebereinstimmung der Autoren geben scheinbar eine Art Entscheidung.

Aber nur scheinbar, denn wir sehen dieselben, Köbner, Bäumler, Gerhardt, die Ansicht aussprechen, die Mütter hereditärsyphilitischer Kinder könnten frei geblieben sein von aller Infection. Die Schwäche des Beweismittels liegt eben in seinem negativen Charakter; ein einziges positives Ergebniss würde die Beweiskraft aller jener Fälle aufheben, wenigstens den Schluss unmöglich machen, dass alle Mütter hereditär-syphilitischer Kinder inficirt sind.

Einen solchen Protest hat, wie angegeben, Gamberini auf Grund mir nicht zugänglicher Beobachtungen erhoben. Aber er wendet sich noch energischer als gegen das Factum gegen dessen geläufige Deutung, gegen die Theorie des Choc en retour — bei dem man am allerwenigsten an einen Choc denkt —; der foetalen Contamination — was auch zweideutig klingt —, oder schlicht und recht der Infection durch den Fötus. Ich citire wieder nach dem Referat im Archiv für Dermatologie: „Gamberini geht von der Lehre Ercolani's aus, dass die Placenta aus einem mütterlichen, secernirenden Theil von drüsiger Structur und einem fötalen, absorbirenden von vasculärer Structur besteht, und dass, da das mütterliche Blut in keinem Falle mit den Gefässen des Fötus in Contact komme, die Ernährung des letzteren durch wechselseitige Osmose nicht mehr angenommen werden könne. Vielmehr geschieht die Ernährung durch die vom drüsigen Organ der Placenta abgesonderte Flüssigkeit und Absorption von Seiten der fötalen Placenta; nicht durch das mütterliche Blut unmittelbar, mit dem die Zotten des Chorion nicht in Berührung kommen. Es ergibt sich hieraus, dass der Fötus empfängt und nicht gibt, die Mutter hingegen gibt und nicht empfängt.“ — „Zeigt die Mutter schon während der Schwangerschaft Symptome einer



früher nicht beobachteten Syphilis, so kann man die Schuld nicht dem Fötus, den sie trägt, beimessen, denn sie kann die Syphilis schon vor der Schwangerschaft oder zu Beginn derselben mittelst primärer Ansteckung acquirirt haben, oder durch das Sperma, das ja syphilitisches Virus einschliesst, angesteckt worden sein; durch den syphilitischen Fötus leidet sie nur insofern, als er zum Abortus führt, und wenn in einzelnen Fällen die Mutter endlich syphilitisch wird, nachdem constant secundäre Symptome an den Genitalien vorausgingen, so muss das auf Rechnung des Mannes, nicht des Kindes gesetzt werden.“ . . . Es ist hiernach nicht vollkommen klar, ob von der letztgeschilderten Art die Symptome bei der von dem Autor angenommenen Infection durch das Sperma abweichen, und somit nicht zu ersehen, inwieweit eine Uebereinstimmung stattfindet mit den Ansichten Bärensprung's, der dieselbe Theorie bekämpft wie Gamberini. Da die Schlussfolgerungen Ercolani's und Gamberini's bis heute nicht bestätigt sind, so darf ich mich vielleicht begnügen, sie angeführt zu haben, um mich etwas ausführlicher gegen die interessante, aber sehr angreifbare Behauptung Bärensprung's zu wenden. Nach diesem Autor wird der Same eines syphilitischen Mannes, welcher unter gewöhnlichen Umständen unschädlich für die Frau ist, sie inficiren, sobald er sie befruchtet. In dieser Form ist die Behauptung gewiss nicht haltbar. Ich habe sicher constatirt, dass ein syphilitischer Mann, der in der kurzen Zwischenzeit zwischen zwei Ausbrüchen secundärer Symptome seine Frau schwängerte, ein gesundes Kind zeugte, das wie seine Mutter noch heute (nach 11 Jahren genauer Beobachtung) gesund ist. Aber sagen wir in jenem Satze statt „sobald er sie befruchtet“ — „sobald er eine syphilitische Frucht zeugt“. Den Beweis sieht Bärensprung darin, dass „der Ausbruch der secundären Erscheinungen bei der Frau schon in die zehnte Woche der Schwangerschaft, also auf denselben Termin zu fallen pflegt, wo er auch stattfinden müsste, wenn es sich um eine gewöhnliche Ansteckung durch Einimpfung syphilitischer Secrete oder syphilitischen Blutes gehandelt hätte. Wäre die Infection der Mutter erst durch die Frucht vermittelt, dann würde sie sich erst in einem späteren Monat manifestiren. Die Theorie des



choc en retour scheint mir durch diesen Nachweis vollkommen widerlegt; es kann kein Zweifel sein, die Ansteckung der Frau muss eine direct vom Manne ausgehende sein. . . . Vielleicht ist es also das Blut des Mannes, welches die Ansteckung bewirkt? Wir wissen ja aus Versuchen, dass der Blutstropfen eines Syphilitischen in das Blut eines Gesunden geimpft, auf diesen die Krankheit zu übertragen vermag; aber diese Versuche haben zugleich gelehrt, dass das geimpfte Blut ebenso wie der geimpfte Eiter stets einen primären Affect an der Impfungsstelle erzeugt. Ein solcher bildet sich hier eben nicht. Eine Ansteckung zwischen Mann und Frau durch das Blut ist denkbar, aber die Erfahrung beweist, dass sie sich jedenfalls nur in den seltensten Fällen wirklich ereignet. Verhielte es sich so, dann würde die Infection der Frau nur von einer Zufälligkeit abhängen; sie würde bald früher, bald später, bald gar nicht eintreten und jedenfalls schon in der vierten Woche mit einem primären Affecte beginnen. Die Thatsachen widersprechen einer solchen Annahme durchaus. Alles deutet darauf hin, dass der Zeitpunkt der Infection mit dem Moment der Conception zusammenfällt." (Die hereditäre Syphilis. S. 50 u. 51). Die darauf von Bärensprung angeführten Beobachtungen sind keine sicheren Stützen seiner Theorie. Vergleicht man, wie überzeugend er sich selbst in seinem Buche darüber ausspricht, dass Primäraffecte leicht unbeachtet bleiben und heilen; wie seine Fälle dem gewöhnlichen Verlaufe acquirirter Lues auf ein Haar ähnlich sehen; wie er alle erst zur Zeit schon entwickelter Allgemein-Symptome zu Gesicht bekam, so darf man sich billig über seine Schlussfolgerungen wundern. Dann führt Bärensprung noch, ohne an seiner Theorie irre zu werden, einen Fall an, der sich den Hutchinson'schen anreiht, von spät und ohne die gewöhnliche Symptomenfolge auftretender Erkrankung der Schwangeren. Wie er consequenter Weise die Erkrankung des Fötus leugnet bei Infection der schon graviden Frau — gleichviel, in welchem Zeitpuncte der Schwangerschaft die Infection statthabe —, so ist diese Behauptung wohl seitdem durch zahlreiche Erfahrungen widerlegt. Ich führe hier noch die besonders früher (von F. J. Behrend u. A.) wider dieselbe Theorie gemachte Einwendung an: Es bedürfe nicht



der Gravidität zur allmäligen und in dem Gange abweichenden Infection der Mutter; es genüge der sterile Coïtus. Auch diese Behauptung scheint vor der Erfahrung nicht stichhaltig befunden zu sein, und die Theorie der mütterlichen Ansteckung vom Fötus her zu Recht zu bestehen. In neuester Zeit ist noch versucht worden, aus pathologisch-anatomischen Resultaten einen Rückschluss auf die Aetiologie der fötalen Lues und auf die Gesundheit der Erzeuger zu machen. In seiner schönen Arbeit über Placentarsyphilis (Archiv für Gynäkologie 1873, Bd. V.) hat Fränkel, nachdem er die deformirende Granulationszellen-Wucherung der Placentarzotten von der Endometritis placentaris gummosa unterscheiden gelehrt hat, auch verschiedene Ursachen für die differenten Befunde angenommen. Wenn das syphilitische Virus direct vom Vater auf das Ei übertragen werde, so entwickle sich die Placentarsyphilis — wenn sie, was nicht unbedingt nöthig, vorhanden sei — stets in den Zotten des fötalen Theiles; Erkrankung der Mutter mache sich als Endometritis decidualis geltend. Im ersteren Falle könne die Mutter ganz frei bleiben oder durch den Choc en retour vom Fötus inficirt werden. Diese klinischen Schlüsse sind wohl bis heute nicht genügend durch Erfahrungen gestützt. Ich werde gleich nachher eine Beobachtung anführen, die kaum Zweifel lässt, dass eine gummöse Erkrankung in dem mütterlichen Placentartheile bei anscheinend gesunder, von krankem Manne geschwängerter Frau gefunden wurde.

Ich kehre zu der Frage zurück: Gibt es gesunde Mütter hereditär-syphilitischer Kinder? Die Frage ist offenbar bis heute nicht entschieden; sie wäre sofort mit Ja zu beantworten, wenn auch nur in einem Falle an einer kürzlich von krankem Kinde Entbundenen die gewöhnliche Symptomenreihe der acquirirten Syphilis — als Geschwür, Drüseninfiltration, Hautleiden — zur Beobachtung käme. Solange das nicht geschehen ist, ist die Annahme erlaubt und gut gestützt, dass solche Mütter nicht inficirbar, weil erkennbar oder latent syphilitisch sind. Von solcher Annahme ausgehend habe ich der Versuchung nicht widerstanden, in einem Falle, der in Bezug auf Controle und Verantwortlichkeit kaum günstiger gedacht werden kann, durch ein Experiment die Lösung zu versuchen.



Ich habe das Resultat nicht zu bedauern, allerdings auch nur ein negatives Ergebniss mehr zu verzeichnen.

Ein kräftiger vierzigjähriger Mann, dessen Hausarzt ich seit zehn Jahren war, hatte sich 1872 inficirt. Ich berichte über den ungewöhnlich schweren Verlauf nur, dass Patient während der Prodromalzeit sehr leidend war und dicht vor dem Ausbruche des Syphilids einen apoplectiformen Anfall hatte, der ohne Folgen zurückging; dass früh eine hartnäckige Iritis hinzutrat; dass nach mehreren Recidiven, die immer mit Schwindelanfällen eingeleitet wurden, eine Cur in Aachen guten Erfolg hatte. Sind auch seither (in den letzten zwei Jahren) hin und wieder leichte Formen der Syphilis hervorgetreten, so waren sie doch schnell zu beseitigen und alterirten das Allgemeinbefinden nicht. Die kräftige Ehefrau, die viele Kinder geboren hatte und stets gesund gewesen war, war von Anfang an von dem Krankheitszustande ihres Mannes unterrichtet, und begreiflicher Weise, zumal sie den Kranken treu pflegte, in steter Sorge wegen eigener Infection. Diese Sorge nahm zu, als das Wohlbefinden des Mannes wieder hergestellt war, und derselbe seine ehelichen Rechte wieder geltend machte. Dem wiederholten Drängen der Frau, sie auch einer Cur zu unterwerfen, gab ich nicht nach, nachdem ich bei häufigen Untersuchungen, die durch Selbstbeobachtungen unterstützt wurden, nie etwas Verdächtiges hatte auffinden können. Ich wurde noch aufmerksamer und die Frau noch beunruhigter, als Anfang October 1874 Gravidität eintrat. Aber nach drei Monaten schwanden die Uebelkeiten, die bis dahin bestanden hatten; bald trat eine mässige, leicht gestillte Blutung ein, die sich noch einige Male wiederholte. Bewegungen wurden nie gespürt. Anfang März — von vielwöchentlicher Reise zurückkehrend — nahm ich eine Untersuchung vor, bei der ich in wenig ausgedehntem Uterus auf dem Scheidengewölbe aufliegend einen kleinen, ganz umschreibbaren harten Körper fühlte. Einige Wochen später wurde die kleine Frucht ausgestossen, die theilweise adhärente Placenta konnte ich leicht lösen und extrahiren. Herr Professor Neumann, der die Güte hatte, die Untersuchung zu übernehmen, fand den etwa drei Monate alten Embryo mit der Nabelschnur vollständig mazerirt, an der Oberfläche von schmutzig grauer Farbe; die Innenfläche der Körperhöhlen wie die Musculatur zeigte auffallend gelbliche Pigmentirung. Die Gewebe alle brüchig und leicht zerreisslich. Ein grosser Theil nun der



Placenta, namentlich die oberflächlichen Schichten an der dem Uterus zugewandten Seite zeigten eine derbe fibröse Beschaffenheit; ein kleiner Theil war schwammig-weich, das rothe Placentargewebe normaler Weise erhalten. Bei der mikroskopischen Untersuchung zeigte sich eine mehrere Linien dicke, mit fettig degenerirten Zellen durchsetzte Deciduaschichte an der Oberfläche und von derselben aus zapfenartig vordringend weisse Deciduabalken, welche sich zum Theil in der Tiefe zu grösseren Knoten verbreiterten, ebenfalls aus grosszelligem Gewebe bestehend, die Zellen in fettiger Degeneration. Die Placentarzotten an diesem Theile auseinander gedrängt, Läppchen bildend, grossentheils in verkalktem Zustande. Herr Professor Neumann hielt es darnach für fast zweifellos, dass es sich um eine gummöse Erkrankung des mütterlichen Theils der Placenta handle. Das Wochenbett war gut verlaufen, die Frau wieder munter und wohlauf. Ich hatte ihr auf die Frage nach dem Resultate der anatomischen Untersuchung, um die sie wusste, ungefähr die richtige Antwort gegeben, und wurde wieder um Behandlung angegangen. Ich hätte mich leicht entschlossen, eine antisyphilitische Cur einzuleiten, aber ich dachte schon lange an eine Prüfung des Gesundheitszustandes in solchem Falle durch eine Impfung. Da ich die Frau und ihre Familie seit vielen Jahren kannte und vorkommenden Falls behandelte, da ich die Krankheit des Mannes und ihre Einflusslosigkeit auf das Befinden der Frau durch lange Zeit hatte beobachten können, so konnte ich leichter als in vielen anderen Fällen anamnestische Irrthümer ausschliessen. Was meine Verantwortlichkeit betraf, so erschien sie mir nicht viel anders, als wenn ich einer anscheinend gesunden Mutter erlaubte, ihr hereditär-syphilitisches Kind zu stillen — was ja wohl nirgends Bedenken unterliegt. Zu dem mehr activen Vorgehen einer Impfung glaubte ich mich ausnahmsweise berechtigt, da ich bei dem durch die Lectüre eines populären Buches (von Güntz) nur zu gut unterrichteten Ehepaare das volle Verständniss zu finden wusste für die möglichen Folgen, die ich offen darlegte. Nach meiner Ueberzeugung, fügte ich hinzu, werde die Impfung erfolglos bleiben und dann die latente Erkrankung der Frau und damit die Nothwendigkeit einer Cur erwiesen sein, die von dem wohlthätigsten Einfluss bei Kranken, nicht gleichgültig sei gegenüber Gesunden. Mein nicht ohne Zögern und Bedenken gemachter Vorschlag wurde ohne Zaudern angenommen. Nun impfte



ich auf den linken Oberarm an vier Stellen das eben entnommene Secret von breiten Condylomen, dem etwas Blut beigemengt war; das Individuum, dem ich den Eiter entnahm, war im Anfange des Eruptionsstadiums und bisher ohne Behandlung geblieben. Der Erfolg war, wie erwartet, negativ; nach sechs Wochen wurde nunmehr eine Inunctionscur eingeleitet.

Ein solches negatives Ergebniss einer vereinzelten Impfung ist gewiss nur sehr bedingungsweise zu verwerthen, zumal der Erfolg von Impfungen manchmal durch Zufälligkeiten vereitelt wird. Aber ich habe geglaubt, obige, durch selten günstige Umstände ermöglichte Erfahrung doch mittheilen zu sollen; vielleicht kann sie als eine Stütze mehr angesehen werden für die Ansicht, dass die Mütter hereditär-syphilitischer Kinder auch bei dem Fehlen aller eigenen Krankheitszeichen nicht als gesunde anzusehen seien.

Ueber die syphilitische Affection der Lymphdrüsen.

Von

Dr. L. Vajda in Wien.

(Hiezu Tafel X.)

Die über das Wesen des syphilitischen Giftes gepflogenen Untersuchungen haben vorläufig zu keinem positiven Resultate geführt.

Man hat beim Erforschen desselben in der Regel einen directen Weg eingeschlagen, d. i. nur die syphilitisch afficirten Gewebstheile auf fremdartige Elemente untersucht.

Von welchen Misserfolgen die diessbezüglichen Bestrebungen begleitet waren, brauche ich kaum zu erwähnen; es sei mir jedoch gestattet zu bemerken, dass an diesen Misserfolgen sowohl die Mittel als der Weg gemeinschaftlich die Schuld tragen. Optische Instrumente allein können niemals die Mittel zur Erforschung der Abnormitäten der Säftemasse bilden. Angenommen, dass wir die zwei Hauptmittel, die physikalischen und chemischen, nach Wunsch besässen, kann der directe Weg nur dann eingeschlagen werden, falls man die normalen Bestandtheile der betreffenden Säftemasse schon früher auf das Genaueste gekannt hat.

Wir müssen aber leider bekennen, dass unsere Kenntnisse weder in der einen noch in der anderen Richtung so weit vorgeschritten sind, dass wir auf directem Wege an die Lösung einer solchen Frage, wie die obige, gehen könnten. Hiermit ist jedoch noch nicht gesagt, dass in der Sache nichts zu leisten wäre. Die Eruirung der Aggregats-Form des syphilitischen Giftes müsste man schon als einen wesentlichen Fortschritt betrachten, da es uns an jedwedem sicheren Anhaltspunkte



fehlt, um mit Bestimmtheit behaupten zu können, ob syphilitisches Virus sich in der Säftemasse im soliden oder im tropfbar- flüssigen Zustande vorfindet. Es fehlt uns somit auch an Directiven bezüglich der Mittel. Angenommen z. B., dass es sich herausstellt, dass das syphilitische Gift ein im Plasma gelöster Körper sei, wird ja Niemanden mehr einfallen, dasselbe mit dem Mikroskop sehen zu wollen.

Zur Wahl von richtigen Mitteln ist also die Eruirung der Form unerlässlich.

Sonderbar ist es, dass die meisten (oder alle) der Forscher diesen Umstand unbeachtet liessen. Mit Freude muss ich dafür constatiren, dass die verschiedenen, auf das Wesen des syphilitischen Giftes sich beziehenden Entdeckungen, welche gegenwärtig schon zur Geschichte geworden sind, mindestens den Nutzen der Geschichte gehabt haben, indem durch sie den Irrthümern in entsprechender Richtung engere Grenzen gesteckt worden sind, und noch mehr, wir sind durch sie auf die genaue Erwägung besonders zweier Möglichkeiten angewiesen worden: erstens, ob die animalischen Formelemente des Blutes Träger des syphilitischen Contagiums sein könnten, oder zweitens, ob nicht das Plasma das syphilitische Gift gelöst enthalte. Letzteres wäre aus Boeck's neuesten Untersuchungen[1]) betreffs des syphilitischen Eiters hervorgegangen; falls er nach Filtration des syphilitischen Eiters das Filtrat auf Formelemente entsprechend der Wichtigkeit der Sache auf das Genaueste untersucht hätte.

Was die andere Möglichkeit anbetrifft, nämlich dass das syphilitische Virus an die Formelemente der Säftemasse gebunden sei, stehen uns zweifelhafte Experimente und Ansichten zur Verfügung, solch' ein Experiment ist das von Michaelis[2]); eine Ansicht rührt von Professor von Sigmund[3]) her, der das weisse Blutkörperchen als Träger des syphilitischen Contagiums ansieht, eine andere Ansicht in der neuesten Zeit von Wilbouchiewitz, der zwischen Abnahme der Syphilissymp-

[1]) Erfahrungen über das syph. Contag. 1875 pag. 32.

[2]) Virchows Arch. B. 24 pag. 61.

[3]) Ueber Syphilis, Pitha Billroths Chirurgie Bd. II, p. 205 ff.



tome und Abnahme der Anzahl der weissen Blutkörperchen ein directes Verhältniss constatirt haben will. Gerade die Arbeit des letzteren, mir persönlich befreundeten Forschers, hatte mich zur Prüfung der zweiten auf die Form bezughabenden Eventualität veranlasst, umsomehr, weil diese zweite Eventualität der Mehrzahl der neueren Syphilidologen besonders plausibel erscheint.

Aus diesem Grunde war nun die Untersuchung besonders jener Gewebe von Wichtigkeit, welche seit Virchow im Allgemeinen als Quellen von Recidiven betrachtet werden; solche Gewebe sind bekanntermassen die Lymphdrüsen. Die anatomische Untersuchung müsste uns Aufschluss geben über den Inhalt der als Contagiumdepot geltenden Drüsen, andererseits über die etwaige Formveränderung, Verflüssigung des Inhaltes, und was für uns von besonderer Wichtigkeit ist, zu einer Zeit, wo die syphilitische Infection für unsere Sinne deutlich wahrnehmbar wird.

Man könnte mir den Vorwurf machen, warum ich nicht lieber den Primärheerd der Erkrankung, den harten Schanker selbst untersuche; hierauf müsste ich Folgendes erwiedern: Es gibt Recidiven, wo nur Lymphdrüsenschwellung und kein harter Schanker vorhanden ist; und was noch schwerer in die Wagefällt, man könnte nie mit Sicherheit behaupten, ob die Bestandtheile des harten Schankers in der Form wie sie sich von ihren Ursprungsstätten entfernen, in die Säftemassen aufgenommen werden, oder aber in den Lymphdrüsen verändert, möglicherweise verflüssiget das syphilitische Virus reproducirend zur Resorption gelangen?

Die anatomische Untersuchung der Lymphdrüsen versprach schon aus diesem Grunde besonders dann einen Nutzen, falls diese zu einer Zeit untersucht werden, wo wir aus klinischen Gründen den Uebertritt, respective die Gegenwart vom syphilitischen Gifte im Blute anzunehmen berechtiget sind, d. i. zur Zeit der Eruption von Hautsyphiliden, wie es eben aus den Untersuchungen von Bidenkap und Köbner hervorgeht.

Die einzigen feineren anatomischen Daten, welche uns über die syphilitische Affection der Lymphdrüsen vorliegen, rühren von Virchow her; in diesen ist jedoch — angenommen,



dass sie mit den Thatsachen übereinstimmen — den klinischen Bedürfnissen keine Rechnung getragen worden, er hielt hiebei mehr die Analogie mit tuberkulösen, typhösen etc. Processen im Auge.

Um nun den Anforderungen der obenerwähnten Aufgabe gerecht zu werden, habe ich sieben aus den verschiedenen Stadien der syphilitischen Infection herrührende Fälle zu meinen Untersuchungen benützt, und zwar mit besonderer Rücksicht auf die am meisten afficirten Leistendrüsen.

Der erste dieser Fälle betraf ein junges Individuum, das circa in der 4—5. Woche der Infection an Pneumonie starb, es befand sich bei ihm eine Sklerose in der rechten Eichelkronenfurche.

Der zweite Fall, behaftet mit Papeln an den Geschlechtstheilen und einem maculösen Syphilid, als Recidiv; gestorben an Cholera.

Der dritte Fall, behaftet mit einem soeben erschienenen maculösen Erstlingssyphilid, starb an Endometritis puerp.

Der vierte Fall, behaftet mit Sklerosen, welche den ganzen Präputialsack innehatten, und pustulösem Syphilid, starb an den Folgen eines hochgradigen Lungenemphysems.

Der fünfte Fall, behaftet mit ulcerösem Syphilid, gestorben an Lungentuberkulose.

Der sechste Fall, behaftet mit Drüsenfisteln und pustulösem Syphilid, gestorben an Tuberkulose.

Der siebente Fall, behaftet mit ulcerösem Syphilid, gestorben an Bronchitis capillaris.

Die Untersuchung dieser Fälle ergab nun, dass zwischen der Extensität der Lokalaffecte der Primärheerde und der Intensität der dazugehörigen Drüsenerkrankung ein directes Verhältniss besteht. Dieser Befund war mir jedoch nicht neu, an zahlreichen anderen Fällen habe ich schon denselben bewahrheitet gefunden. Ich füge aber auf Grund klinischer und anatomischer Erfahrungen hinzu: dass das direkte Verhältniss dort gestört zu sein scheint, wo das betreffende Drüsengebiet Sitz lange anhaltender Reize — welcher Art immer — gewesen war; bei pruriginösen, eczematösen Individuen z. B., welche hinterher Syphilis acquirirten, findet man enorme, zum Primärheerde der Infektion in keinem Verhältnisse



stehende Drüsengeschwülste; diese Drüsengeschwülste sind jedoch von denen rein syphilitischen Ursprunges wesentlich verschieden, für Tastgefühl und Messer bei einiger Uebung leicht separirbar.

Aeusserst interessant war nun ferner der Leichenbefund, welchen die, von der Leistengegend bis zum Promontorium respective Duct. thor. lospräparirten Drüsen darboten. Die weiter vom primären Krankheitsheerde gelegenen Drüsen waren proportionell der Entfernung weniger geschwollen und krank gefunden worden.

Einen ähnlichen Befund sehe ich nun bezüglich der Leisten-Retroperitonealdrüsen-Erkrankung in Folge von leprösem Leiden der unteren Extremitäten bei Hansen [1]) verzeichnet; er zieht hieraus den Schluss, dass die zugeführten Formelemente, darunter auch Zellen in den Drüsen zurückgehalten werden, was um so merkwürdiger erscheint, weil er, wie er uns auf Grund von Injectionen versichert, die abführenden Lymphgefässe offen fand. (Für die bewegungsunfähigen Körper war das schon lange bekannt).

Zwischen den oberflächlichen Leistendrüsen, welche untereinander ein Netz bilden, fand sich bezüglich der Erkrankung wenig Unterschied vor; eine intensivere Erkrankung war manchmal an jenen Drüsen zu bemerken, welche mehr den directen Weg zu der an der Innenfläche des Ileopsoas hinziehenden Drüsenkette herstellen.

Das Ganze hatte den Anschein, als ob die Drüsen nach und nach das Akmestadium der Erkrankung mit abnehmender Intensität erreichen würden, dies gilt speciell von einer Drüsenkette zur Zeit der Eruption eines Syphilid, und zwar von einer, welche zwischen dem Primärheerde und dem Duct. thorac., eingeschaltet erscheint.

In den zwei Fällen von ulcerösem Syphilid war dieses Verhalten der Drüsen kaum ausgesprochen. Die amyloid-entarteten Drüsen waren in diesen Fällen ziemlich alle bohnengross, resistent; derartige Veränderungen der Drüsen sind jedoch, wie Virchow richtig bemerkt, mehr die Folgen der Kachexie.

[1]) Canstatt's Jahresber. 1871, I, p. 156.



Ferner findet man, dass das die Drüsen einhüllende Fett- und laxe Bindegewebe (Taf. X. Fig. 1, *a*) in allen Fällen unverändert ist. Es lässt sich dasselbe von den Drüsen mit grosser Leichtigkeit ablösen.

Die Besichtigung der von der Eruptionsperiode und kurz nach ihr herstammenden schlaff sich anfühlenden Leistendrüsen ergab nun eine glänzendweisse oder aber rothe Imbitions-Farbe der Drüsenkapsel; die Kapsel war wohl von glatter Oberfläche, nur hie und da waren an derselben, besonders entsprechend der convexen Fläche, circumscripte Hervorbuchtungen (Fig. 2 *a*) und Unordnung in den Faserzügen zu bemerken. Diese Unregelmässigkeit der Faserzüge war sogar noch an sehr gut involvirten amyloidentarteten Drüsen zu bemerken, so dass ich mir erlaube, dasselbe als ein verlässliches Zeichen vorausgegangener oder bestehender Schwellung hinzustellen.

Will man nun eine solche, schlaff sich anfühlende Drüse durchschneiden, so fällt bei den hin und her geführten Messerzügen die Verschiebbarkeit der Kapsel auf. Ebenso häufig lässt sich dieselbe in feinen Falten von der Drüsensubstanz abheben.

Diese Schlaffheit der Kapsel gewisser syphilitisch afficirter Lymphdrüsen kann man auch an Lebenden leicht nachweisen, man bekommt sie zu fühlen als seichte Vertiefungen an der Peripherie der sonst sich weich anfühlenden Drüse. Sie fehlte jedoch in den zwei Fällen von ulcerösem Syphilid, wo die Drüsen klein und hart amyloid entartet waren, und in einem Falle von pustulösem Syphilid, wo sämmtliche Ing. Drüsen käsig degenerirt waren. Die vom Infectionsheerde entfernter gelegenen Drüsen, sowie die Drüsen in jenem Falle, wo der Tod circa in der 4—5. Woche der Infection eintrat, waren auch nicht schlaff, sondern derb elastisch.

Eine Verdickung der Kapsel war in solchen Fällen, wo es sich um recente Erkrankung früher normal gewesener Lymphdrüsen handelte, nicht zu constatiren. Kapsel-Trabekelverdickung haben besonders jene Drüsen dargeboten, deren Hautgebiet Sitz lange anhaltender Reize — welcher Art immer — gewesen ist, so dass man im Allgemeinen sagen kann, dass die syphilitische Infection als solche keine Verdickung der Drüsen-Kapsel zur Folge habe.



Die Rindensubstanz der durchgeschnittenen Lymphdrüsen erschien in allen Fällen voluminöser als die Marksubstanz, sie zeigten also unter einander ein umgekehrtes Verhältniss als bei normalen menschlichen Leistendrüsen.

Die Peripherie der Rindensubstanz war entweder gelblich tingirt oder roth imbibirt, aus kleinen Kreisen oder Dreiecken zusammengesetzt, durch weissröthliche faserige Septa von einander getrennt.

Die Marksubstanz bietet in der Regel ein eigenthümlich fein poröses faseriges Aussehen dar.

Die ganze Schnittfläche einer solchen Drüse ist von einer milchartigen oder dünnbreiigen Masse bedeckt, welcher Belag sich durch Druck auf das schlaffe Drüsenparenchym noch deutlich vermehren lässt, also augenscheinlich aus den Poren der Marksubstanz und Lücken der Rinde hervorquellend.

Das ist gewöhnlich das Bild, welches die Lymphdrüsen zur Zeit der Eruption der Syphilide und bald nach derselben makroskopisch darbieten.

Untersucht man nun die den Schnittflächen der Drüse entnommene milchig breiige Substanz, so findet man unter dem Mikroskop, dass dieselbe:

1. aus 0·021—0·016 mm. im Diameter haltenden rundlichen Zellen besteht, welche am meisten nach aussen einen hellen Protoplasmasaum erkennen lassen und gewöhnlich mehrere bis fünf Kerne enthalten, seltener sind sie einkernig, in welchem Falle dann der Kern bis circa 0·012 mm. im Durchmesser messen kann. Die Kernkörperchen sind in der Regel von sehr unregelmässiger Gestalt, das Protoplasma mehr granulirt. Die Zellen, deren Kerne in Theilung begriffen, sind sehr spärlich vorhanden.

2. Ferner enthält die der Schnittfläche der Drüse entnommene Masse circa 0·0093 mm. im Diam. grosse, glatt contourirte rundliche Gebilde mit 1—2 unregelmässig geformten dunkel contourirten Körperchen, diese Gebilde gleichen sowohl bezüglich der Grösse als Bauart am meisten freien Kernen, bei näherer Betrachtung erweisen sie sich jedoch als Zellen, nach aussen von den Kerncontouren lässt sich nämlich in gewissen Lagen ein heller Protoplasmasaum nachweisen.



3. Es fanden sich ausserdem im Sehfelde einige unregelmässig geformte Körper, welche vermöge ihrer Gestalt und Grösse als Bruchstücke von grösseren Zellen aufgefasst werden müssen; die grösseren derselben zeigen Excavationen, welche rundlichen Kernen wohl entsprechen würden. Es ist anzunehmen, dass sie Präparations-Erzeugnisse sind. Die Anzahl dieser Gebilde ist verschwindend klein gegen die der zelligen Elemente.

In keinem der Präparate konnte ich eine fettige Umwandlung der Formelemente nachweisen, in Aether blieben sämmtliche Formelemente unverändert, eine $^1/_2$% Hyperosmiumsäure hat wohl eine graue Färbung sämmtlicher Formelemente hervorgerufen. Diese Desoxydation der Hyperosmiumsäure konnte ich jedoch nicht als Beweis der Fettnatur der Formelemente gelten lassen, weil sie auch ohne die Gegenwart von Fett eintreten kann. In diesem Falle muss man die Aetherreaction als massgebend ansehen. Dieser Befund war umsomehr interessant, weil man die syphilitisch afficirten Lymphdrüsen in Allem den typhösen gleichstellt, woselbst nachgewiesenermassen nach Billroth[1]), Barth[2]) beständig eine fettige Degeneration der mehrkernigen Zellen eintritt.

Bevor ich nun auf die Schilderungen der feineren anatomischen Veränderungen der syphilitisch afficirten Lymphdrüsen eingehe, sei es mir erlaubt, des leichteren Verständnisses halber Einiges über den physiologischen Bau der Lymphdrüsen flüchtig zu erwähnen.

Die Form derselben ist mehr oder weniger sphaeroid, sie sind von einer fibrös-muskulösen Kapsel umgeben, das ernährende Gefässsystem verbreitet sich in denselben von dem Hilus, d. i. einer Vertiefung der Kapsel aus dendritisch, eine jede der Verzweigungen ist von einer bindegewebigen musculösen Scheide umhüllt. Die zwischen den grösseren Gefäss-Stämmen befindlichen Septen werden mit dem Namen Trabekel belegt. Die oberwähnte Scheide liegt jedoch den baumförmig verzweigten Gefässen nicht genau an, sondern es bleibt zwischen Gefäss und Scheide ein Hohlraum zurück, welcher von einem

[1]) Virchow's Archiv B. 21, p. 425.

[2]) Centralbl. f. d. med. Wiss., 1869 Nr. 29.



Netze von feinen Fäserchen, dem Reticulum ausgefüllt ist. Dieses Netz lässt sich als die aufgefaserte Adventitia der Gefässe auffassen, ist das producirende, das eigentliche Drüsengewebe, es erscheint excentrisch mehr locker, durch seine weiten Lücken soll sich die Lymphe bewegen, und es wird aus diesem Grunde Lymphgang genannt; die um die Endausbreitung der Gefässe gelegenen Hohlräume heissen Alveolen, periphere Follikel. Die Lymphe bewegt sich von den Endausbreitungen der Gefässe gegen die Stämme derselben, also centripetal. Die grösseren Stämme dieses Gefässsystems werden in Gesammtheit mit dem Reticulum und den daranhängenden Früchten, den Lymphzellen, Markstränge, die Endausbreitung der Gefässe sammt Lymphzellen, Rindenknoten genannt.

Die anatomische Untersuchung des Drüsengewebes ergab nun, dass die Drüsenkapsel an dem Processe nur passiv betheiliget ist; in dieser Hinsicht gleicht der Process der Tuberculose der Lymphdrüse und ist verschieden von dem typhösen Processe, welcher sich nach Billroth im ersten Stadium durch ein Zelleninfiltrat der Kapsel auszeichnet[1]).

An Stellen wo die Follikel enorm erweitert erscheinen, sind die Faserzüge der Kapsel deutlich derangirt, auseinandergewichen (Fig. 2, *b*); am Hilus ist die Kapsel am wenigsten verändert. An und in den Septis zwischen den peripheren Lymphfollikeln befinden sich in der Regel den Bestandtheilen des Drüsensaftes gleich beschaffene Zellen, was um so überraschender ist, weil sie als Fortsetzung der Kapsel betrachtet werden, und letztere völlig unverändert erscheint. Sie unterscheiden sich jedoch von letzterer durch einen grösseren Gefässreichthum, andererseits durch Gehalt an producirendem Reticulum, welches in der Regel von parallel untereinander verlaufenden Capillaren ausgeht, zum Unterschiede vom Reticulum der Rindenknoten.

II. Die peripheren Lymphfollikel sind, wie schon makroskopisch sichtbar, enorm erweitert, (Fig. 2 *c*, Fig. 1, *b*) oft von unregelmässiger Gestalt, im Maximal-Breitendurchmesser

[1]) Virchow's Archiv 21, pag. 425.

1,7—2 mm. betragend, so dass Rinden- und Marksubstanz sich verhält wie 13 : 5, 19 : 4.

Die Erweiterung der Follikel (sowie hinterher die Erschlaffung), betrifft zumeist die dem Hilus gegenüber befindlichen Follikel; die dem Hilus zunächst gelegenen Follikel erscheinen am wenigsten afficirt. Diese Erweiterung ist hauptsächlich durch Anhäufung von Zellen bedingt. Aehnliches ist auch an Lymphgefässen zu beobachten, welche ihren Inhalt in die peripheren Follikel entleeren, indem sie die Kapsel schief durchbohren, so dass es auf den ersten Augenblick den Anschein hat, als ob in der Kapsel circumscripte Zellenablagerungen stattfinden würden.

An Stellen wo der Follikel ausgebuchtet erscheint, sind nur Rudimente vom Reticulum vorhanden, (Fig. 2, *d*) was um somehr an Bedeutung gewinnt, als sich dieser Befund selbst an nicht ausgepinselten Präparaten wiederholt.

Das Reticulum, wo es eben noch deutlich vorhanden, ist etwas gröber geworden. In den Maschen desselben befinden sich oft grosse rundliche 3—4 und mehr Kerne enthaltende Zellen, (Fig. 3, *a*) welche im Durchmesser 0·015 - 0·024 mm. betragen.

Die in den Knotenpunkten des Reticulum befindlichen Zellen schliessen nur einen einzigen Kern ein, sie sind mehr oder weniger sphaeroid, 0·006 bis 0·008 mm. im Durchmesser. (Fig. 3, *b*). Es gibt ausserdem daselbst, obwohl selten, 0·009—0·01 breite, 0·015— 0·021 lange Zellen, mit mehreren Kernkörperchen. (Fig. 3, *c*.) An anderen Stellen, welche an Zahl vorwiegend sind, tragen die Knotenpunkte nichts Zelliges an sich.

Das dem Reticulum zu Grunde liegende, central radiäre, (Fig. 1, *a*) und peripher meridianartig geformte Gefässsystem (Fig. 2, *c*) ist stark erweitert, varicös geschlängelt verlaufend und zeigt prominente bis 0·009 breite, 0·01 lange Kerne.

An Stellen, wo das Reticulum wie verdrängt erscheint, ist der Inhalt der Follikel gleich der Masse, welche der Schnittfläche der Drüse entnommen worden ist.

Keiner der Follikel hatte Zeichen einer Nekrobiose, fettiger Metamorphose dargeboten; zum Unterschiede von Tuberkeln,



wo nach Schüppel an der Stelle einer jeden Riesenzelle sozusagen eine Nekrobiose, körniger Zerfall eintritt.

Vacuolen fehlten überall, was übrigens bei Tuberkeln und chronischen Entzündungsprocessen auch der Fall zu sein pflegt.

III. Die Lymphgänge der Marksubstanz erleiden auch gleich den Follikeln eine starke Ausdehnung durch Zunahme des zelligen Inhaltes. Diese Erweiterung betrifft jedoch in der Regel mehr die centralen, im Hauptlymphstrome gelegenen Lymphgänge und oft auf Kosten der in der Nachbarschaft gelegenen Lymphgefässe, (Fig. 1, *c*) welche in solchen Fällen stark comprimirt erscheinen können.

Die Erweiterung der Lymphgänge kann das zehnfache der normalen, d. i. circa 1·3 im Durchmesser erreichen, so dass sie an manchen Stellen für Follikel imponiren können, sie können von diesen dennoch leicht unterschieden werden, weil ihnen das Charakteristische für Lymphfollikel, die dendritische Endausbreitung der Gefässe abgeht.

Das Reticulum der Lymphgänge zeigt besonders in der nächsten Nähe der Gefässe spärliche Proliferationserscheinungen, (Fig. 3, *d*) solche sind: Kernvermehrung und Wachsthum der den Knotenpunkt bildenden Zelle, Aggregation des Protoplasmas entsprechend den Kernen. Ausserdem sind in demselben bis 0·02 mm. grosse rundliche, bis fünfkernige Zellen massenhaft, 0·006 mm. grosse in geringerer Anzahl vorhanden.

An der Peripherie der Lymphgänge erscheint das Reticulum grobmaschig, hie und da durch Zellenanhäufungen unkenntlich geworden.

IV. Die Gefässe der syphilitischen Lymphdrüsen sind selbst zur Zeit der markigen Infiltration sehr stark erweitert, so dass die Capillaren im Breitendurchmesser bis 0·09 betragen können, sie sind in den schon schlaff gewordenen Drüsen durch ihren geschlängelten Verlauf ausgezeichnet. Die Endothelkerne derselben sind in der Regel stark prominent, 0·009 breit, 0·01 lang, oft mehrere Kernkörperchen enthaltend.

Die Gefässe der Markstränge, (von 0·083 Dm.) zeigen eine unveränderte Intima und Media; in der Adventitia derselben, resp. in dem engmaschigen Reticulum rings um die Gefässe befinden sich jedoch zahlreiche 1—2 kernige Zellen eingestreut.

Bezüglich des Verhaltens der Gefässe ist also zwischen tuberkulösen, typhösen und syphilitischen Lymphdrüsen ein wesentlicher Unterschied zu constatiren, bei Syphilitischen kommt es in Folge der Zellenanhäufung niemals zu Obliteration der Gefässe, bei typhösen sowie bei akuten Drüsenschwellungen in der Regel, so dass diese die gewöhnliche Ursache der Nekrose des Drüsenparenchyms zu sein pflegt. Bei Tuberkulosen werden die Gefässe niemals ektatisch angetroffen.

Bezüglich der Stadien der Erkrankung überblicken wir noch einmal die anatomischen Ergebnisse:

Es unterliegt kaum einem Zweifel, dass das Schlaffwerden des Drüsenparenchyms den Schlussact in dem Processe bildet, es ist als sicherstes Zeichen der Regression des Processes aufzufassen. Diesem Stadium entspricht Virchow's Stadium der käsigen Infiltration. Soweit es aus dem Texte der Vorlesungen über krankhafte Geschwülste ersichtlich, stützt sich Virchow auf Michaelis Angaben (der nebenbei bemerkt, die syphilitischen Infiltrate allenthalben von einer aus Eiweisskörnern und Schollen gebildeten Kapsel umschlossen fand).

Halten wir nun an dem von Virchow, Schüppel, Waldenburg gegebenen Begriffe des Käsigwerdens fest, so kann in Betracht der obigen mikroskopischen Befunde von einem käsigen Stadium nicht die Rede sein. Es sei mir gestattet, an diese Bemerkung eine zweite zu knüpfen. Ist es denn möglich, dass syphilitische Lymphdrüsen zur Tuberkulose Veranlassung geben können? fragt Rühle. Ich glaube mit Bestimmtheit Ja sagen zu können und wenn ich aus drei mir bekannten Fällen, wo der Drüseninhalt wirklich käsig geworden und der Infection Tuberculose folgte, die begünstigenden Momente hiezu beurtheilen darf, so waren diese folgende: Hochgradige zellige Infiltrate der Drüsen, lange anhaltend mangelhafte Ernährung des Organismus.

Dem käsigen Stadium soll nach Virchow das Stadium der markigen Infiltration vorausgehen.

Ich fand in der That in einem Falle, wo der Tod circa in der 4—5. Woche der Infection eintrat, die in der nächsten Nähe des Infectionsheerdes in der Leistenbeuge befindlichen Lymphdrüsen weich bis derb elastisch. Das Drüsenparenchym

roth und succulent, jungem Knochenmarke nicht unähnlich. Dies gilt besonders von der äusseren Parthie der Marksubstanz, weniger von der äussersten Rindensubstanz, welche mehr ein körniges Aussehen darbot.

Denselben Befund haben die übrigen die erste Eruptionsperiode betreffenden Fälle nur an jenen Drüsen dargeboten, welche dem Infectionsheerde mehr entlegen waren, so z. B. die Elemente jener Drüsenkette, welche von der Leistenbeuge unterhalb der plica falciformis entlang des Ileopsoas hinaufzieht, so dass man ein Stadium der markigen Infiltration mit Fug und Recht annehmen kann. Nun fragt es sich, was für einen Unterschied gibt es denn zwischen dem Stadium der markigen Infiltration und Virchows käsigem oder besser Stadium der Relaxation? Ich glaube dass insbesondere ein gradueller Unterschied bezüglich der Zellenanhäufung und der mehr consecutiven Erweiterung der Gefässe im Stadium der markigen Infiltration obwaltet.

Diese zwei mehr anatomisch constatirbaren Stadien lassen sich auch klinisch sehr gut nachweisen, das markige Stadium als Intumescenz und Succulenz, das käsige oder besser Stadium der Relaxation durch Schlaff-, Weichwerden der Drüsen, seichte Vertiefungen, falsche Fluctuation.

Das allererste Stadium, nach Virchow Stadium der entzündlichen Auflockerung, lässt sich wohl annehmen, anatomisch jedoch schwer beweisen.

Die syphilitische Affection der Lymphdrüsen ist also kurz gesagt charakteristisch:

1. durch Intactbleiben und passives Verhalten der Drüsenkapsel;

2. durch Anhäufung von Zellen in den Alveolen und Lymphgängen; dieser Zelleninhalt der Drüsen scheint jedoch der Hauptsache nach importirt zu sein, was umsomehr wahrscheinlich ist, weil die Proliferationserscheinungen sowohl von Seite des Reticulum als der Gefässe in keinem entsprechenden Verhältnisse zu der Anhäufung von Zellen stehen, selbst zu einer Zeit nicht, wo letztere ihren höchsten Grad erreicht, d. i. zur Zeit der markigen Infiltration. Ferner könnte man als Beweis die Ansammlung der Zellen gerade an Stellen anführen,



wo die Zellenproduction am wenigsten stattzufinden pflegt, sondern welche vielmehr für die Lymphe als Strombett dienen, das ist in den peripherischen Zonen der Lymphalveolen und Lymph-Gänge. Noch mehr spricht jedoch hiefür die Abnahme der Drüsenerkrankung und Zellenanhäufung mit Zunahme der Entfernung vom Infectionsheerde.

3. Die anatomischen Veränderungen syphilitisch afficirter Lymphdrüsen sind nicht derart charakteristisch, dass man aus einem einzigen beliebigen Bilde eines Stadiums der Erkrankung die syphilitische Natur des Leidens mit Sicherheit erkennen könnte.

4. Das Charakteristische liegt vielmehr in der Gesammtheit der Vorgänge; das passive Verhalten der Kapsel ist bekanntermassen auch den tuberculosen Lymphdrüsen eigen, die Erweiterung der Gefässe ist auch bei akut entzündeten Drüsen vorhanden.

5. Der Drüseninhalt gelangt allem Anschein nach zur Zeit der Relaxation des Drüsenparenchyms ohne wesentliche Veränderung der Formelemente in die Säftemasse; hiefür spricht der anatomische Befund.





Vajda Syphilit. Lymphdrusen.

Gez u lith v Dr J Heitzmann



Ueber Wachholderräucherungen in der Hauttherapie.

Von

Dr. Cäsar Boeck,

Assistenzarzt an der Klinik für Hautkranke in Christiania.

Eines der lästigsten Symptome bei Hautkrankheiten ist manchmal ein intensives und hartnäckiges Jucken, bei dessen Behandlung man nicht selten in Verlegenheit ist.

Professor W. Boeck hat schon durch viele Jahre gegen einige Hautkrankheiten, die mit starkem Jucken verbunden sind, z. B. gegen chronische Urticaria, Pruritus cutaneus und Prurigo mit vorzüglichem Erfolge ein Mittel benutzt, das, insofern ich weiss, in der Hauttherapie neu ist, nämlich Räucherungen mit den Nadeln von Wachholder (Juniperus communis)[1]. Indem ich hier vorläufig die Aufmerksamkeit der Dermatologen auf dieses Mittel lenke und eine kurze Beschreibung seiner Anwendungsweise gebe, behalte ich mir vor, bei einer späteren Gelegenheit durch gesammelte Krankengeschichten die Wirkungen genauer zu illustriren und die Grenzen der Anwendbarkeit desselben näher zu bestimmen.

[1]) Auch der verstorbene Professor der Chirurgie in Christiania, Christen Heiberg hat, unabhängig von Boeck, ähnliche Räucherungen mit gutem Erfolge gegen verschiedene Affectionen, z. B. gegen Varices, angewendet.



In früheren Zeiten hat man in der hiesigen Klinik für Hautkranke zu diesem Zwecke einen Apparat benutzt, der eigentlich für Zinnoberräucherungen bestimmt war, in den letzten Jahren aber hat man einen sehr einfachen Apparat speciell für diese Wachholderräucherungen construirt. Die Einrichtung desselben ist ganz kurz die folgende: Zu unterst befindet sich eine eiserne Schublade, in welche man glühende Holzkohlen und darauf die Nadeln vom Wachholder legt. Ein paar Zoll über der Schublade ist ein doppeltes Dach von Eisenplatten, die ein bis zwei Zoll von einander entfernt sind, angebracht. Noch einige Zoll höher ist ein doppelter Fussboden von Brettern befestigt, auf welchem der Patient steht. Das Ganze ist durch Bretter umkleidet und sieht ungefähr wie ein circa drei Ellen hoher Schrank aus. Oben ist ein Loch im beweglichen Dach für den Kopf des Patienten. Der Patient kann während der Anwendung stehen oder auf einem eingesetzten Stuhle sitzen. Der Rauch strömt nun vom Boden durch Löcher in den vier Ecken herauf. Die Sitzung dauert gewöhnlich zwanzig Minuten bis eine halbe Stunde und wird gewöhnlich jeden zweiten Tag oder ausnahmsweise jeden Tag wiederholt. Der Apparat kann natürlich nicht nur von Hospitalskranken, sondern auch von Ambulanten aus der Stadt benutzt werden. Man kann sich auch sehr leicht in der Privatpraxis mittelst einer grossen Tonne und eines Feuerbeckens einen Apparat improvisiren, namentlich wenn es sich um Kinder handelt, die man dann auf einen Sessel postiren kann. Immer muss man jedoch ein sicheres Schutzmittel zwischen dem Feuer und dem Patienten anbringen, da der Wachholder zuweilen angezündet wird und sehr plötzlich und stark auflodert. Wenn der Wachholder nicht frisch gesammelt ist, sondern etwas trocken geworden, muss er zuerst angefeuchtet werden, damit er sich nicht zu leicht entzünde.

Man hat, wie gesagt, hier das Mittel sehr viel gegen Prurigo angewendet, und die Wirkung ist auch bei dieser Krankheit augenscheinlich, obschon ich wohl geneigt bin zu



glauben, dass, namentlich in den hochgradigen Fällen, die in der Klinik von Prof. Hebra angewendeten Mittel, wie Kalkschwefelleber und dergl., sich als wirksamer zeigen werden. Man hat indessen schon mehrere Fälle von Prurigo, die ausschliesslich mit diesen Räucherungen behandelt wurden, aus der Klinik als geheilt entlassen. Die grösste Rolle wird jedoch wahrscheinlich das Mittel in den oft desparaten Fällen von chronischer Urticaria und Pruritus cutaneus spielen. Die Kranken, die ich bis jetzt mit diesem Mittel behandelt sah, wurden alle geheilt ohne doch, wie es auch zu erwarten war, Recidiven nach längerer Zeit entgehen zu können. Ob es alle Fälle heilen wird, kann ich noch nicht wissen. Linderung wenigstens wird es gewiss in den meisten Fällen bringen. Ich hatte neuerdings unter Andern eine fünfzigjährige Frau in Behandlung. Sie hatte seit dem Monat März d. J. eine Urticaria gehabt, die seitdem unablässig sie gequält hatte. Sie hatte alle die gewöhnlichen Mittel ohne bedeutende Linderung durchgemacht. Bevor sie Ende September in Behandlung kam, musste sie sich jeden Abend, ehe sie einschlafen konnte, ungefähr eine Stunde kratzen. Nach zwei Rauchbädern war sie schon besser, nach zehn (ein Bad jeden Tag) kratzte sie gar nicht mehr und die Rauchbäder konnten nunmehr als überflüssig ausgesetzt werden.

Die Wirkung dieses Mittels ist wahrscheinlich derjenigen der Theermittel analog, ohne dass sie sich jedoch gegenseitig ersetzen können, in den meisten Fällen wenigstens nicht. In den besonders geeigneten Fällen, wie beim angeführten Beispiele, werden die Rauchbäder nicht nur wirksamer sein, sondern es ist auch ersichtlich, wie viel bequemer und angenehmer sie sich z. B. in der ambulatorischen Praxis durchführen lassen. In anderen Fällen wieder werden natürlich die Eintheerungen mehr anwendbar sein. Bei chronischen Eczemen und auch bei anderen Hautkrankheiten ist das Mittel noch sehr wenig versucht. Als rein symptomatisches Mittel gegen ein starkes Jucken dürfte es auch verdienen angewendet zu werden.

Es ist, wie man sieht, nicht die Absicht dieser Zeilen gewesen, eine Lobrede auf die Räucherungen zu halten, sondern nur das Mittel der Aufmerksamkeit der Dermatologen zu empfehlen. Es ist unsere Hoffnung, dass dieses Mittel vielleicht dazu beitragen wird, eine Lücke in unserem therapeutischen Vermögen auszufüllen.

Klinische Mittheilungen.

Vom

Stabsarzte Dr. **Stitzer** in Mainz.

Nabelblennorhöe bei einem Erwachsenen.

F. M., 31 Jahre alt, ein hagerer, sonst gesunder Mann, consultirte mich im December v. J. wegen einer schmerzhaften Affection seiner Nabelschnurnarbe. Ueber die Ursache des Leidens war nichts von Bedeutung zu erfahren, — die Vermuthung des Patienten vielleicht ausgenommen, dasselbe könne möglicher Weise in Folge des Druckes der Säbelkoppel (M. ist Soldat) entstanden sein. Am vierten Tage des Bestehens bot das quaest. Leiden — M. suchte erst an diesem Tage, durch Schmerzen bei Bewegungen, Husten und Stuhl bewogen, ärztliche Hülfe, die vorhergehenden drei Tage hatte er nur „Jucken" verspürt — folgende Symptome:

Die Haut um den Nabel in circa einen halben Zoll weiter, fast kreisförmiger Ausdehnung ist lebhaft geröthet, angeschwollen und schmerzhaft. Die Schmerzhaftigkeit nimmt bei Druck zu. Die den Nabel unmittelbar umgebenden Hautränder sind fast hart und bei der leisesten Berührung ausserordentlich schmerzhaft. Aus dem Nabel selbst fliesst dünner, krümlicher Eiter, welcher ausgetreten zu gelben Krusten getrocknet und so in der Umgebung an der Bauchhaut angeklebt ist. Die Wände des Nabels sind an einander geklebt und deren Entfernung von einander mittelst Einträufelung lauwarmen Oels verursacht empfindliche Schmerzen. Der auf diese Weise dem Blicke freigelegte Nabel stellt einen trichterförmigen, durch die Anschwellung der Nachbarschaft tief aussehenden Blindsack dar, mit lebhaft geröthetem Grunde und ebenso beschaffenen Wänden. Ein fremder Körper ist nicht darin vorhanden. Entfernt man mittelst trockener Charpie den im Nabel befindlichen Eiter, so tritt statt desselben eine wasserhelle, seröse Flüssig-



keit heraus; erst nach einiger Zeit ist wieder Eiterbildung eingetreten.

Nachdem 24 Stunden lang Compressen von lauwarmem Bleiwasser übergelegt waren, war die Entzündung bedeutend intensiver, die Verklebung der Nabelwände viel fester, die Secretion dagegen geringer geworden. Hierauf wurden mit Glycerinsalbe getränkte Charpiebäuschchen in den Nabel hineingelegt und ebenso die entzündeten Hautpartien der Umgegend mit ebensolchen Compressen bedeckt. Bei dieser Behandlung nahm die entzündliche Röthe sowie die Schmerzhaftigkeit ab, die Eitersecretion dagegen wurde copiöser, der Eiter grünlich gefärbt, so dass der Zustand fast den Eindruck eines Trippers machte.

Am fünften Tage der Behandlung — also am achten des Bestehens — war die Röthe und Schmerzhaftigkeit des Nabels beinahe völlig, am siebenten, resp. zehnten Tage völlig verschwunden: die Copiosität des Eiters hatte bis zum erstgenannten Tage stetig zugenommen, die Beschaffenheit desselben aber sich mehr und mehr in die des pus bonum umgeändert.

Mit der vom letztgenannten Tage an auch eingetretenen Verringerung der Quantität des Eiters fing die neue Ueberhäutung des Nabels an, und zwar begann dieselbe vom Grunde und die seitlichen Wände folgten stetig nach. Am zehnten Tage der Behandlung — also am dreizehnten des Bestehens — war die Ueberhäutung vollständig. Die neugebildeten Hautpartien des Nabels boten vollständig die Eigenschaften des Narbengewebes.

Im Februar d. J. stellte sich mir M. mit dem gleichen Leiden, jedoch in bedeutend geringerem Grade vor, so dass es bei gleicher Behandlung in sechs Tagen beseitigt war.

Eine Ursache zur Entstehung war im zweiten Falle ebenso wenig wie im ersten nachzuweisen.

Abnormität der Harnröhrenmündung beim Manne.

E. H., 19 Jahre alt, ein gesunder, blühender Mensch — wegen Phthirius inguinalis in Behandlung — bietet folgende abnorme Beschaffenheit der Harnröhrenmündung dar.

Von der seitlichen Peripherie des Orificium urethrae beiderseits ragt je eine häutige Verlängerung — ein häutiger Ansatz —



frei über die Eichel nach vorn zu hinaus. Diese Fortsätze bilden an ihrer innern, der Harnröhrenmündung zusehenden Fläche eine unmittelbare Fortsetzung der Schleimhaut; an ihrer äussern, nach der Eichel zu sehenden Fläche gehen sie — an ihrer Basis — unmittelbar in die Haut der Eichel über. Sie haben eine flügel- (oder keil-) förmige Gestalt, sind von der Basis, d. i. der Harnröhrenmündung, bis zur freien Spitze genau drei Linien lang und nehmen mit ihrer Basis fast die ganze Peripherie der Harnröhrenmündung ein; nur oben und unten, genau in der Mittellinie lassen sie je ein kleines Stück derselben insofern frei, als hier die Eichelhaut commissurenartig oben direct, unten durch das Frenulum unterbrochen beide Fortsätze verbindet. Sie stellen mithin zwei dreieckige Fortsätze der Harnröhrenschleimhaut aus der Harnröhrenmündung dar, die mit breiter Basis an der Harnröhrenöffnung aufsitzen und spitz enden. Dass sie vollkommen die Beschaffenheit der Schleimhaut haben, liegt wohl daran, dass H. seine Eichel von einer langen Vorhaut bedeckt trägt.

Die merkwürdig regelmässige Gestalt dieser Fortsätze, welche den Gedanken an einen Prolapsus der Schleimhaut vollständig ausschliesst, lässt sie beinahe als überflüssig entwickelte Nymphen erscheinen.

Spitze Condylome bei Syphilis.

1. Fall. Th. M., 28 Jahre alt, ein wohlgenährter, sonst gesunder Mann, stellte sich den 26. Januar 1873 vor mit einem flachen Geschwüre in der Eichelfurche, welches angeblich zu Anfang desselben Monats, ungefähr eine Woche nach dem zuletzt von ihm vollzogenen Coitus entstanden war, was ihn aber, obwohl er die Anwesenheit desselben wusste, doch erst jetzt, da es anfing zu jucken und zu nässen, ärztliche Hülfe zu suchen bewog.

Das Geschwür stellte eine ungefähr erbsengrosse, von normaler Schleimhaut umgebene, eine seröse Flüssigkeit absondernde Fläche dar, welche weder die Symptome des (weichen) Schankers (unreinen Grund und zernagte Ränder), noch die eines syphilitischen Geschwüres (Induration) darbot. Es heilte



bei gänzlich indifferenter Behandlung (Umschläge von Kamillenthee und Bleiwasser) in wenigen Tagen.

Ende März desselben Jahres stellte sich M. wieder vor mit der Angabe, dass nunmehr, obwohl er seit der Heilung des Geschwüres einen Coitus nicht mehr vollzogen habe, ein neues Geschwür am Gliede und zwar genau auf der Stelle des zugeheilten früheren vorhanden sei.

Es fand sich nunmehr ein exquisit syphilitischer (harter) Schanker, genau in den Grenzen des früheren Geschwürs und ferner noch als Symptome allgemeiner Syphilis: Roseola, breite Condylome am After, indolente Anschwellungen der Inguinal-, Cubital- und Cervical-Lymphdrüsen und beginnendes Defluvium capillorum. Halsaffecte fehlten.

Sämmtliche angeführten Symptome schwanden nach einer gewöhnlichen Schmierkur, so dass M. Ende Mai als geheilt eine Badereise nach Aachen unternahm.

Während des noch übrigen Theiles des Jahres hat sich M. seinen Angaben nach vollkommen wohl befunden, und sind ihm namentlich die Haare wieder vollkommen dicht gewachsen, nachdem er sie fast völlig verloren gehabt hatte.

Im Frühjahr 1874 klagte M. manchmal über Halsschmerzen, jedoch ohne dass irgend eine Erkrankung nachzuweisen gewesen wäre; auch verloren sich dieselben stets schon nach kurzer Zeit und ohne Behandlung.

Im Juli des genannten Jahres hingegen trat eine sehr heftige Entzündung der rechten Tonsille ein, welche in Abscedirung überging und persistirte die Punctionsstelle des Abscesses bis Mitte October als eine feine, eine schleimige Flüssigkeit absondernde Fistel.

Während der Behandlung dieses Zustandes — Anfangs August — fanden sich eigenthümliche Schleimhautwucherungen am harten und weichen Gaumen, welche cirka 14 Tage lang beständig und gleichmässig an Zahl und Grösse zunahmen. Ich excidirte zunächst eine solche Wucherung vom harten Gaumen und fand bei der mikroskopischen Untersuchung derselben die Struktur der spitzen Condylome. An Stelle der excidirten Wucherung entwickelte sich ein anfänglich runder, dann kegelförmig werdender, an der Basis von einer Einschnürung (einer haarbreiten und ebenso tiefen Furche) umgebener, harter, im Durchschnitt kaum 1 Linie hoher und an der Basis wohl



annähernd halb so breiter Knoten in einigen Tagen. Dasselbe wiederholte sich bei der Excision anderer Wucherungen und zwar in gleicher Weise auf der Schleimhaut des harten und weichen Gaumens.

Die ursprünglichen, durchschnittlich höchstens 2 Linien hohen und 1 Linie breiten, gegliederten, weich anzufühlenden Vegetationen stellten Hypertrophien und Verästelungen der normalen Papillen dar mit ebenfalls hypertrophirten Gefässen. Die Gefässe bildeten die Hauptmasse jeder einzelnen Wucherung. Die Basis der Vegetationen bildete ein fibröser Stamm, welcher sich in die hypertrophirte Papille, aber auch in das Gewebe der Schleimhaut selbst hinein fortsetzte. Das Bindegewebe der Papillen war locker, weich und saftreich, die darin enthaltenen Bindegewebskörperchen verhältnissmässig gross, ihre Kerne glänzend. Auf der Papille unmittelbar sass eine nicht überall gleichdicke Schicht von runden oder polygonalen, grossen, kernhaltigen Zellen, und auf diese folgten mehrere (vier bis fünf) Schichten gewöhnlichen Pflasterepithels.

Die nach Excision der beschriebenen Vegetationen entstandenen, hart anzufühlenden Knoten hingegen bestanden zwar auch aus zahlreichen und erweiterten Gefässen, aber das aus der konischen, fibrösen Basis hervorgehende, ebenfalls Bindegewebskörperchen enthaltende Bindegewebe war in grösserer Menge vorhanden, trockener und fester. Die Bindegewebskörperchen waren kleiner, ihre Kerne klein und meistens dunkel. Die Schicht der grossen Zellen fehlte gänzlich und die spärlichen Pflasterepithelschichten waren fest, hornartig verändert. Die an der Basis befindliche Furche zeichnete sich namentlich durch starke und dichte Bindegewebszüge aus. Bemerken will ich noch, dass die Structur der beschriebenen Wucherungen vollkommen gleich war, gleichviel ob dieselben von der Schleimhaut des harten oder weichen Gaumens herrührten: in specie war der Epithelialüberzug bei beiden Pflasterepithel.

Die ursprünglichen papillären Wucherungen mussten ihrer mikroskopischen Structur nach unbedingt für gleichwerthig mit spitzen Condylomen gehalten werden, während die später nach der Excision (resp. Zerstörung) derselben entstandenen Knoten den Papillomen nicht mehr völlig ähnelten, sondern gefäss-

haltige und mit einer Epithelialschicht überkleidete solide Bindegewebswucherungen darstellten.

Zu gleicher Zeit zeigten sich auf der hinteren Rachenwand, trotzdem häufiges tägliches Gurgeln mit adstringirenden Lösungen stattfand, mehrere des Epithels beraubte Stellen, welche sich nach und nach in flachränderige Geschwüre umwandelten und ein dünnes, graugefärbtes, wenig Eiterkörperchen enthaltendes Secret lieferten.

Sie wurden mit Arg. nitr. in Substanz geätzt und heilten bei dieser örtlichen Behandlung in noch nicht zwei Wochen mit Zurücklassung von weissen, strahligen Narben.

Die papillären Wucherungen hingegen und die nach der Excision derselben entstandenen Knoten widerstanden jeder örtlichen Behandlung: — Excision allein, Excision und Aetzung der Schnittfläche, Aetzen allein mit Arg. nitr., Pasta vienn., Kali kaust., Acid. chromic., Acid. carbol., Tinct. Jod. etc., — indem sie, einmal beseitigt, in kurzer Zeit wieder erschienen und zwar gewöhnlich mehrere Knoten an der Stelle einer früheren Wucherung. Ich will noch ausdrücklich bemerken, dass die Aetzungen sowohl wie die Excisionen tief bis unter das Niveau der Schleimhaut gemacht wurden.

Die von mir consultirten Collegen riethen in der Majorität zu einer antisyphilitischen Behandlung, namentlich in Hinblick auf die beschriebenen Ulcerationen an der hintern Rachenwand und die nachweislich vorhergegangene Syphilis, welche sich durch die noch persistirenden Anschwellungen einiger Cervicallymphdrüsen documentirte. Die wiederholten genauen Untersuchungen des M. ergaben die Abwesenheit irgend eines anderen sonstigen, auch nur im Entferntesten auf bestehende Syphilis zu beziehenden Symptomes, und M. selbst, ein mir genau bekannter, vollkommen zuverlässiger Kranker, stellte jede Möglichkeit einer neuen Infection sowohl, wie einen seit seiner ersten Infection vollzogenen Coitus überhaupt völlig in Abrede.

Auf das dringende Verlangen des M., von seinem höchst unangenehmen, die Ernährung in hohem Grade erschwerenden Leiden befreit zu sein, meinerseits allerdings mit sehr geringen Hoffnungen, wurde zu einer antisyphilitischen Cur (Schmiercur) geschritten und gleichzeitig Kalii. jodat. grm. 0·5 pro die verabreicht. Zur Reinlichhaltung der Mundhöhle, da einzelne unberührte Wucherungen ganz



deutlich secernirten (das Secret bestand aus macerirten Epithelialfetzen), und die örtliche Behandlung der Vegetationen ebenfalls Blutungen und Eiterungen bedingt hatte, wurden Gurgelwässer von Kali chlor. verordnet. Während dieser Behandlungsweise fingen vom Beginne der dritten Woche beide Arten der Wucherungen an deutlich kleiner zu werden; die von der örtlichen Behandlung frei gebliebenen Vegetationen nahmen das Ansehen der Knoten an und die Knoten selbst wurden schlaffer, weicher anzufühlen. Schliesslich stellten sich beide noch als erhöhte, aber durchwegs weich anzufühlende, etwas dunkelrothe Flecken dar und verschwanden nach der vierten Woche der Cur gänzlich. Nur an der Stelle einzelner Knoten, jedenfalls in Folge der tiefen Excision oder Aetzung sind bis heute weisse, feste Narben vorhanden.

M. ist bis heute von jedem Recidiv sowohl dieser Wucherungen als von Syphilis freigeblieben.

Da mir ähnliche Bildungen syphilitischer Natur niemals vorgekommen sind, so lasse ich es deshalb dahingestellt, ob dieselben wirklich in einem Verhältnisse zur Syphilis standen, wenngleich das Auftreten der beschriebenen zwei Rachengeschwüre und die Existenz der Adenitis cervicalis ebenso wie ihre schliessliche Heilung durch eine antisyphilitische Cur dieser Annahme einige Wahrscheinlichkeit verleihen.

2. Fall. A. D., 18 Jahre alt, ein schwächlicher Mensch, von anämischem, fast kachektischem Aeussern, kam am 8. Juli d. J. zu mir mit einer nicht bedeutenden Anzahl kleiner, spitzer Condylome auf dem inneren Blatte der Vorhaut, unmittelbar hinter der Eichelkrone. D. kam, wie er sagte, aus Angst und gab ganz bestimmt an, bisher überhaupt nur einen Coitus und zwar vor einer Woche vollzogen zu haben; während dieser Woche seien die Condylome entstanden. Dass die Entstehung derselben wirklich jungen Datums war, konnte aus der Kleinheit und Zartheit derselben geschlossen werden. Ausser diesen Condylomen war nicht der geringste Affect an den Genitalien, keine Narbe, keine Excoriation, keine Induration, kein Ausfluss aus der Harnröhre, keine Anschwellung der Inguinaldrüsen aufzufinden. Die Condylome wurden durch Aetzen mit Acid. chrom. beseitigt und D. nach Heilung der entstandenen kleinen Schleimhautexcoriationen aus der Behandlung entlassen.



Am 24. August d. J. stellte sich D. wieder vor mit exquisiter Roseola, Anschwellungen der Inguinal-, Cubital- und Cervical-Drüsen und einer ringförmig genau die von den spitzen Condylomen bedeckt gewesene Falte des innern Vorhautblattes einnehmenden Induration. Dieses Mal fehlten aber die spitzen Condylome.

Es erübrigt hinzuzufügen, dass eine neue Infection, beziehentlich ein neuer Coitus aus äusseren Gründen nicht möglich gewesen war.



Aus den

Verhandlungen

ärztlicher Körperschaften.



Lupus und Epithelialcarcinom.

Discussion in der Berliner medic. Gesellschaft. Sitzungen vom 10. Jänner, 3. und 16. März 1875.

(Nach den Sitzungsprotokollen der Berliner klin. Wochenschrift.)

In der Discussion über einen von Orth gehaltenen Vortrag, „Ueber Tuberculose", erwähnte in der Sitzung von 10. Jänner 1875 Senator der Ansicht Friedländer's, welcher den Miliartuberkel mit Lupusknoten für identisch erklärt.

Orth erwiederte hierauf, dass die Angabe Friedländer's, dass alle Lupusformen Tuberculosen der Haut seien, unrichtig ist. Auf Grund von Präparaten die er (Orth) selbst gesehen, erkläre Rindfleisch den Lupus für ein Adenom der Hautdrüsen. Busch theilte dem Chirurgen-Congress einen Lupusfall mit, dessen Knoten sich bei mikroskopischer Untersuchung als Epithelialcarcinom erwiesen. Aus Leipzig seien endlich in letzterer Zeit Mittheilungen veröffentlicht worden, wonach das klinische Bild des Lupus anatomisch in sehr verschiedene Unterabtheilungen zerlegt werden müsse. Man fand Lymphome, Adenome der Hautdrüsen, Epithelialcarcinome, endlich in kleiner Zahl Tuberculose.

O. Simon hält den Lupus mit Virchow für ein Lymphom und meint, dass Rindfleisch nur den Lupus erythematosus, nicht den Lupus vulgaris als Adenom zu bezeichnen berechtigt sei.

Lewin findet die Möglichkeit eines Ausgleiches der verschiedenen Anschauungen in dem Umstande, dass ein Theil der Lupusfälle in Epithelialkrebs übergeht, wie solche von Behrend und Hebra veröffentlicht und von ihm selbst beobachtet seien.

v. Langenbeck will das Epithelialcarcinom streng vom Lupus getrennt wissen. Das Epithelialcarcinom des Gesichtes (Ulcus rodens)



sei eine wohl charakterisirte Krankheit, und eine Combination derselben mit Lupus komme äusserst selten vor. Langenbeck kennt nur einen einzigen Fall bei einer Frau, welche seit der Kindheit mit Lupus behaftet, im 50. Jahre vom Krebs der Nase befallen wurde. Ebensowenig zutreffend es sei von einem syphilitischen Lupus zu reden, ebensowenig dürfe man einen krebsigen Lupus annehmen. Die Therapie sei eine ganz verschiedene; die Mittel, welche den Lupus sicher heilen, haben auf Carcinom gar keine Einwirkung.

Orth bemerkt, dass der Fall von Busch sich nicht auf das Gesicht, sondern die Extremitäten bezog, und dass klinisch die Diagnose auf Lupus gestellt war.

Lewin erwähnt noch einmal, dass Uebergänge von Lupus in Krebs von zuverlässigen Beobachtern publicirt sind, und hält die Sache a priori nicht für so unwahrscheinlich, da das Lupussecret eine dauernde Irritation der Umgebung erzeuge. Der Unterschied zwischen beiden Krankheitsformen beruhe auf der Bildung von stringentem Narbengewebe beim Lupus, welches beim Krebs fehle.

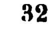
Sitzung vom 3. März 1875.

v. Langenbeck: Gegen die von Herrn Lewin ausgesprochene Ansicht muss ich nach meiner Erfahrung in so fern Einspruch erheben, als ich die Identität von Lupus und Carcinom nicht anerkennen kann, vielmehr beide für durchaus verschiedenartige Leiden halte. Allerdings kann in seltenen Fällen Carcinom auf lupösen Hautstellen zur Entwickelung kommen, aber immer erst dann, wenn die lupöse Affection eine lange Reihe von Jahren bestanden hat und entweder gar nicht zur vollständigen Heilung gelangt ist oder Narben zurückgelassen hat, welche Sitz einer fortwährenden Irritation und Entzündung bleiben. Die Entstehung von Carcinom auf lupösen Hautstellen hat also dieselbe Bedeutung, wie das weit häufigere Vorkommen von Carcinomen auf Hautnarben, welche nach tiefer gehenden Verbrennungen der Gesichtshaut zurückgeblieben und gleich den Lupusnarben Sitz einer fortwährenden entzündlichen Reizung gewesen sind. Das klinische Bild des Lupus ist von dem des Hautkrebses sehr verschieden. Ein wesentlicher Unterschied beider

liegt auch darin, dass die lupösen Geschwüre durch innerliche Mittel (Decoct. Zittmanni) geheilt werden können, was bei den Carcinomen bis jetzt noch nicht gelungen ist.

Unter den sehr zahlreichen Fällen von Lupus, welche ich beobachtet habe, befanden sich nur drei, in denen Epithelialcarcinom später zur Entwickelung kam. Alle drei Patienten hatten seit den Kinderjahren an lupösen Ulcerationen im Gesicht gelitten, welche Zerstörungen der Nase, des Ohrs, der Gesichtshaut herbeigeführt hatten, dann aber Jahre lang vernarbt geblieben waren. Der erste von mir beobachtete (durch eine Abbildung erläuterte) Fall betrifft eine Frau in den Vierziger Jahren, bei der in der Pubertätszeit lupöse Ulcerationen der Wangen, Nase und Oberlippe aufgetreten und mit Hinterlassung eines Defekts der Nasenspitze zur Heilung gelangt waren. Die Heilung blieb 15—20 Jahre von Bestand, dann aber entwickelte sich in der Narbe der Nasenspitze eine warzenartige Geschwulst, welche in Verschwärung überging, sich auf die ganze Nase und die Oberlippe ausdehnte und schliesslich zu einer nahezu faustgrossen, aus blumenkohlartigen weichen Granulationen bestehenden Geschwulst heranwuchs. Die übrige Gesichtshaut zeigte noch an vielen Stellen das den lupösen Narben charakteristische Aussehen. Da das Carcinom in beide Oberkiefer vorgewachsen war, so konnte an ein operatives Eingreifen nicht mehr gedacht werden. Der zweite Fall betraf einen Mann von 59 Jahren, der bis zu seinem 30. Jahre an Lupus des Gesichts gelitten hatte. Die Ulcerationen der rechten Wange hatten sich auf das Ohr ausgedehnt und erhebliche Defecte desselben zurückgelassen. Im Jahre 1874 entstand in der Narbenhaut der rechten Wange eine Geschwulst, die ulcerirte und allmälig einen grossen Theil der Wange bis zur Halshaut abwärts einnahm. Das Carcinom wurde exstirpirt, der Patient entlassen, bevor die sehr langsam vernarbende Wunde geheilt war.

Der dritte Fall endlich, welcher sich zur Zeit noch in der Klinik in Behandlung befindet, betrifft einen Mann von 69 Jahren, der sich stets der besten Gesundheit erfreute und Vater von drei bereits erwachsenen, ganz gesunden Kindern ist. Syphilis und Abusus spirituosorum werden in Abrede gestellt. Vor acht Jahren entstand eine lupöse Affection der rechten Wange, welche allmälig über Nase und Oberlippe auf die linke Wange übergriff, an einzelnen Stellen ulcerirte und wieder vernarbte, eine knotige Verdickung der Haut,





nach Art des hypertrophirenden Lupus, zurücklassend. Im Jahre 1873 entstand eine linsengrosse Geschwulst auf der Nasenspitze, welche ulcerirte und allmälig die ganze Nase einnahm. Im Februar dieses Jahres wurde die ganze Nase nebst den Nasenknochen und Processus nasales beider Oberkiefer exstirpirt.

Dass, wie Hr. Lewin neulich hervorhob, Narbencontractionen für die lupösen Hautaffectionen charakteristisch seien, vermag ich nicht zuzugeben. Allerdings können lupöse Ulcerationen Narbencontracturen hinterlassen, wenn sie an leicht beweglichen Hautstellen ihren Sitz hatten. Es kann, wie die vorgelegten Abbildungen zeigen, gelegentlich Ectropion des Lippensaums, des unteren Augenlides, Verengerung der Mundöffnung (Stomatostenosis) entstehen, wenn Lupusgeschwüre dieser Hauttheile vernarben, in derselben Weise wie jeder durch Granulationen vernarbende Hautdefect (z. B. nach Verwundungen) Contracturen hinterlassen kann. Dagegen zeichnen gewisse Formen des Hautkrebses sich dadurch aus, dass gleichzeitig mit dem Weitergehen der Infiltration oder Ulceration des Hautgebildes eine Narbenbildung zu Stande kommt und gewaltige Narbenverziehungen entstehen. Bei langsam um sich greifenden Krebsen der Wangenhaut z. B. kann (wie die vorgelegten Abbildungen zeigen) der Mundwinkel oder Nasenflügel oder beide bis zur Mitte des Jochbeins in die Höhe verzogen werden. Eine ähnliche Narbenverziehung beobachtet man bei den wohl als „Verwitterungskrebs“ bezeichneten, langsam vorschreitenden Skirrhen der weiblichen Brust, wo eine Vernarbung in den ältesten Theilen des Krebsgeschwürs stattfindet, während dasselbe excentrisch weiter um sich greift.

Endlich muss ich noch daran erinnern, dass eine Form des Hautkrebses mit Hornbildung einhergehen kann, eine Combination, welche, so weit mir bekannt, beim Lupus niemals beobachtet ist. Hornartige Epidermisschwielen kommen auf der Gesichtshaut neben dem Hautcarcinom oder auch auf demselben sehr häufig vor. Seltener entstehen umfangreiche, bis zur Länge von mehreren Centimetern sich abhebende Cornua humana auf krebsigem Boden, wie die vorgezeigte Abbildung zeigt.



Sitzung vom 16. März 1875.

Zuerst sprach Jacobson aus St. Petersburg über das Vorkommen von centraler Ueberhäutung in carcinomatösen Geschwüren.

Von einigen namhaften Klinikern wird als Differentialdiagnose zwischen lupösen und carcinomatösen Geschwüren die Benarbung der ersten und das Nichtvorkommen von Narben auf letzteren angeführt. Dieser Ansicht entgegen halte ich es nicht für unangemessen, einen Fall zu referiren, welcher mir in der St. Petersburger Klinik durch die Güte des Herrn Prof. Bogdanowsky zur Untersuchung übergeben wurde.

Der Bauer A., 43 Jahre alt, trat im December 1872 in die Klinik ein. Man fand ein Geschwür in der Reg. masseter. sin. von rundlicher Form, welches im Querdurchmesser 5 Ctm., im Längsdurchmesser 7 Ctm. hatte. Der Grund war weich, etwas uneben, stellenweise mit guten Granulationen bedeckt, zum Theil traten die entblössten Muskelfasern des Masseter zu Tage. Die Ränder waren leicht schwielig (callös) und an manchen Stellen ein wenig unterminirt, aber nicht aufgeworfen. In der Umgebung war keine Infiltration wahrnehmbar. An dem hinteren Rande des Geschwüres wurde beim Ausdrücken Speichel entleert. Die Absonderung war nur in mässiger Menge und nicht übelriechend. Das Uebel war vor zwei Jahren als Pustel, resp. Furunkel, entstanden. Der Kranke wurde in seinem Dorfe mit verschiedenen Aetzmitteln behandelt. Drei Wochen nach Eintritt in die Klinik fing das Geschwür sich vom hinteren und unteren Rande zu benarben an. Die unterminirten Ränder wurden nun abgetragen und zwei Wochen darauf entstand mehr in der Nähe des vorderen Randes eine Narbeninsel (centrale Ueberhäutung), welche erst später mit dem hinteren Rande in Verbindung trat. Ich hielt das Geschwür für ein einfaches „Ulcus chronicum", und da ich mich zur Zeit mit der Frage von centraler Vernarbung (Ueberhäutung) von Wunden und Geschwüren beschäftigte, schnitt ich einen Theil, und zwar den vorderen, nicht mit dem Rande in Verbindung stehenden Narbenvorsprung zur mikroskopischen Untersuchung aus. Im weiteren Verlaufe des Geschwüres beobachtete man eine wechselweise Zerstörung und Neubildung der



Narbe. Da ich mir erlaubt habe, die mikroskopischen Präparate zur Ansicht zu unterbreiten, so kann ich mit der Beschreibung der histologischen Daten kurz sein. Die Schnitte sind senkrecht zur Oberfläche geführt. Wir sehen nun zuerst eine Lage von mehrschichtigem Epithel, 0·352 Mm. dick. In unregelmässigen Abständen ragen vorspringende Zapfen von Epithel nach Art von Papillen in das darunter liegende Gewebe. Der Epithelüberzug besteht von Innen nach Aussen, ebenso wie die Zapfen vom Rande nach Innen aus Lagen junger Zellen von kurz-cylindrischer Form, die nach der Mitte eine polygonale Form annehmen und endlich zu Riff- oder Stachelzellen werden; darüber ziehen Lagen von verhorntem Epithel, wo nur hin und wieder Kerne sichtbar sind. Unter dem Epithelialüberzuge zog sich durch die Länge meiner ersten mikroskopischen Präparate Granulationsgewebe, das nahe der Oberfläche aus Rundzellen mit ziemlich reicher homogener Zwischensubstanz bestand, in der Tiefe jedoch reich an Spindelzellen wurde und mehr und mehr den Charakter faserigen Bindegewebes annahm. Bei weiterer Anfertigung von Schnitten (es waren bereits 12 Präparate aufgehoben worden) stiess ich auf neue, ungeahnte Bilder. Ich fand nämlich anfangs ziemlich tief, je mehr jedoch ich mich mit meinen Schnitten dem Ausgangspunkte der Narbe näherte (ich fing nämlich an der Stelle zu schneiden an, wo die Narbe nach dem Rande des Geschwürs sah), oberflächlicher gelegene Gruppen von verschiedenem Umfange und Contouren, bestehend aus dichtgedrängten Zellen ohne Intercellularsubstanz mit dem Charakter epithelialer Anordnung. Das Protoplasma der Zellen ist feinkörnig, und die Zellen selbst haben im Allgemeinen grosse Aehnlichkeit mit den jungen Zellen des Epithelialüberzuges. Ihre Kerne sind zuweilen unverhältnissmässig gross zur Grösse der Zellen, so dass sie manchmal den grössten Theil ihrer Substanz darstellen. In der Mitte dieser unregelmässig verästelten Zellengruppen findet man Zellen concentrisch um eine glänzende hornig-epidermoidale Masse gelagert. Die Ränder dringen zum Theil in Form eines Keils, dessen Spitze oft nur aus einer Zellenreihe besteht, in das umgebende Bindegewebe ein. Ausserdem besteht eine Infiltration von Zellen, grösser als ein weisses Blutkörperchen, mit deutlichem Kern, die sich in Gruppen von je drei, vier u. s. w. Zellen ohne Intercellularsubstanz anhäufen. Lumen und Membrana propria ist nicht wahrzunehmen. Dieser

Befund gibt uns ein volles Recht zur Diagnose „Carcinoma", und zwar gleichen die Charaktere dem von Waldeyer sehr zweckmässig genannten „Carcinoma granulosum". Wir möchten nur für unseren Fall, seiner Nomenclatur folgend, noch „keratoides" zusetzen. Waldeyer beschreibt drei Fälle dieser Art von Carcinom und meint mit Recht, dass „bei diesen Fällen die klinische Diagnose eben so schwer zu stellen sei, wie die anatomische"; hierbei war keine Complication mit centralen Narben vorhanden. Makroskopisch hatten wir keinen Grund zur Diagnose „Carcinoma": es war keine Infiltration des Grundes und der Ränder vorhanden, im Gegentheil, der Grund war weich, nicht knotig oder warzig, die Granulationen waren auch nicht derb und grobkörnig, die Ränder nicht aufgeworfen, ohne jede Spur von wuchernden Massen, ohne Induration der umgebenden Haut, ohne jegliche Schwellung der benachbarten Lymphdrüsen, keine übelriechende, dünne Absonderung. Der mikroskopische Befund erklärt leicht die Abwesenheit dieser Symptome, denn wir haben oberhalb der mikroskopisch kleinen, zerstreuten epithelialen Knötchen eine Schicht gewöhnlichen Granulationsgewebes, die natürlich dem Geschwüre das Aussehen und die Beschaffenheit des „Ulcus chronicum" gab. Auch das anfängliche Ergebniss der mikroskopischen Untersuchung liess uns den wahren Charakter des Leidens nicht erkennen; denn wir sahen nur eine Narbe, die aus Granulationsgewebe und Epithelialüberzug bestand.

Es fragt sich nun, wie ist die centrale Narbe (Ueberhäutung) entstanden? Der Process ging unterhalb der Fascia parotideo-masseterica, fern von Cutis und epithelialen Gebilden derselben vor sich. Also bleibt uns nur übrig, den krebsigen Herd, der durch sein Wachsthum die Oberfläche erreicht hat, als Ausgangspunkt für die centrale Ueberhäutung anzunehmen. Letzterer Process kann auf zweierlei Art entstanden gedacht werden: es haben entweder die Zellen des Krebses die Granulationen durchbrochen und sich an der Oberfläche, anstatt wie gewöhnlich zu zerfallen, unter uns unbekannten Bedingungen, epidermoidale Anordnung genommen und durch weiteres Wachsthum die Benarbung des Geschwürs hervorgebracht, oder es hat sich dieser Process nur an einer circumscripten Stelle der Oberfläche entwickelt und durch Contactwirkung Anstoss gegeben zur Umwandlung der Granulationszellen zu Epidermis. Eine consequente Vertheidigung nur einer der Möglichkeiten ist mir augen-



blicklich unmöglich. Der Schluss, dass die Benarbung (Ueberhäutung) von krebsigem Knoten ausgegangen sei, wird durch folgende Thatsachen gestützt: 1. Finden wir in einem Präparate einen carcinomatösen Herd im Zusammenhange mit einem von der Narbe ausgehenden Zapfen; 2. wenn wir uns die Anordnung der krebsigen Herde in dem Gewebe schematisch vorstellen, so werden sie aus der Tiefe in der Richtung einer aufsteigenden schrägen Linie, die ihren Endpunkt im Ursprung der Narbe findet, liegen. Entgegengesetzt der Annahme, dass da „Cancer" ausgeschlossen werden müsse und Lupus angenommen, wo isolirte Narbeninseln im Geschwüre sich finden, müssen wir Folgendes anführen: 1. Nach dem heutigen Stande der Wissenschaft können wir nur mit Thiersch, Billroth, Waldeyer, Eberth und Wadsworth, Heller, Hoffmann, H. Heiberg, Cleland, Heine, Pawloff, Schüller, Lott u. A. annehmen, dass im entwickelten Körper Epithel nur aus Epithel entstehe; 2. trotz des reichlichen Materials, das mir in einer so grossen Klinik, wie die des Herrn Prof. Bogdanowsky während dreier Jahre zur Verfügung stand, habe ich nur drei Fälle mit centraler perlmutterweisser, persistirender, narbenähnlicher Insel zur Beobachtung bekommen; diese Stellen, die von manchen Forschern als Narbeninseln erklärt wurden, zeigten bei mikroskopischer Untersuchung auch nicht die Spur von Epithel. Auf Grund dieser Thatsachen bin ich geneigt zu glauben, dass das Vorkommen centraler Narben mit Epidermidal-Ueberzug an Stellen, wo die Haut mit ihren epithelialen Adnexen schon längst zu Grunde gegangen ist, mit ziemlicher Sicherheit uns zur Diagnose einer exulcerirenden epithelialen Neubildung hinweist. In lupösen Geschwüren aber ist, nach vollständiger Zerstörung der Haut, nur geringe Wahrscheinlichkeit einer Entstehung centraler Narben (mit Epithel) vorhanden; denn Lupus, mag er tuberkelähnliche Knötchen enthalten oder nicht, ist und bleibt immer nur ein Granulom, hat also für die Entwickelung von Epithel kein Material. Es ist also vortheilhaft, in zweifelhaften Fällen zur Feststellung der Diagnose ein Stückchen der Narbe für die mikroskopische Untersuchung zu excidiren, um auf Grund des gewonnenen Resultates unsere Behandlung danach einzurichten. Ergibt nämlich die Untersuchung in tiefliegenden Geweben die oben beschriebenen Bilder, so steht die Diagnose „Carcinom", nicht „Lupus", unumstösslich fest.



Auch können wir es nicht billigen, wenn „Lupus" als klinischer Collectiv-Begriff gebraucht wird, bald für Lupus im eigentlichen Sinne (Granulom), bald als Epithelialkrebs u. s. w. Aus falschen klinischen Diagnosen darf man keineswegs Schlüsse für die Classification der Krankheiten ziehen. Ausgehend von der Ansicht, dass Lupus kein Material für epitheliale Neubildung enthält, kann man annehmen, dass die beschriebenen Fälle von Entwickelung eines Epithelial-Carcinoms aus Lupus, welcher mit vollständiger Zerstörung der Haut einhergeht, zur Classe von „Carcinoma granulosum" gehören aber klinisch möchten wir anstatt des wenig sagenden „ulcus rodens" lieber den Ausdruck „Carcinoma latens" gebrauchen.

In der Debatte, welche hierauf über diesen, sowie über den in der vorigen Sitzung gehaltenen Vortrag von Langenbeck's eröffnet wurde, ergreift zuerst das Wort:

Lewin: Herr v. Langenbeck hat in seinem in voriger Sitzung gehaltenen, an interessanten Mittheilungen reichen und durch treffliche Abbildungen erläuterten Vortrage über Lupus Veranlassung genommen, Einwendung gegen zwei Aussprüche zu erheben, welche ich in vorletzter Sitzung gethan habe. In Rücksicht auf diese von so gewichtiger und zur Kritik berechtigter Stelle erhobenen Einwürfe halte ich es natürlich für meine Pflicht, eine Rechtfertigung zu versuchen. Die von mir gethanen Aussprüche waren:

1. Dass Lupus in Carcinom übergehen könne und dass derartige Fälle von bewährten Autoren publicirt worden seien.

Solche Fälle liegen mir nun in Wirklichkeit in der Zahl von 17 vor. Sie stammen sämmtlich aus Universitätskliniken und zwar:

aus der Klinik des Prof. Weber in Heidelberg,
aus der Klinik des Prof. Volkmann in Halle,
aus der Klinik des Prof. Esmarch in Kiel,
aus der Klinik des Prof. Thiersch in Leipzig,
aus der Klinik der Prof. Heine und Lang aus Innsbruck,
aus der Klinik des Prof. Hebra aus Wien,

und sind bis auf vier Fälle von den Dirigenten der Kliniken selbst veröffentlicht.

Wegen der Wichtigkeit des Gegenstandes, der nicht allein eine klinische, sondern auch eine histiogenetische Bedeutung hat, ge-



statten Sie mir wohl, dass ich das betreffende Material in seinen wesentlichen Punkten, wenn auch in aller Kürze, Ihnen vorführe.

Die ersten drei Fälle stammen von O. Weber (Chirurg. Erfahrungen u. Untersuchungen. Berlin, 1859. S. 293).

„Seltener als ähnliche Vorkommnisse sind ohne Zweifel diejenigen Fälle, wo sich das Cancroid aus einem langjährigen Lupus entwickelt, weshalb die folgenden, von denen ich zwei selbst mikroskopisch untersucht habe, um so mehr der Erwähnung verdienen. Diese Fälle zeigen an der Grenze die gewöhnlichen, den Lupus charakterisirenden Nester von Epithelialkernen, die sich in den Zellen des jungen Epithels, aber nicht minder in den Bindegewebszellen des subcutanen Bindegewebes, der Muskeln u. s. w., ähnlich wie die Kerne bei der Eiterung entwickeln. Wo der Lupus den krebshaften Charakter annahm, fanden sich die bekannten Alveolen von vollkommen entwickelten Epithelialzellen und weiterhin war das ganze Gewebe in jene weisse alveolar angeordnete markige Masse verwandelt, welche nur ein sehr sparsames Gerüst und dagegen ungeheure Massen in allen Formen der Wucherung begriffener Epithelialzellen, die im allgemeinen in rundlichen Nestern zusammenliegen, zeigt, und dem Markschwamm nahe steht. Papilläre Wucherungen an der Oberfläche fehlten auch hier nicht etc." Es folgen dann die genauen Beschreibungen der betreffenden drei Kranken.

Die drei nächstfolgenden Fälle sind von R. Volkmann (Klin. Vorträge über d. Lupus u. seine Behandlung. S. 63.)

Nach Vorstellung einer 59jährigen Kranken fährt er folgendermassen fort:

„Mitten auf der linken Wange hat sich ein hühnereigrosser Knoten gebildet, der mit festsitzenden, dicken Borken besetzt ist. Wo diese sich abgelöst haben, tritt eine vielfach zerklüftete, stark warzige Neubildung zu Tage, die leicht blutet und aus der bei Druck dicke, comedonenartige Pfröpfe hervortreten. Unter das Mikroskop gebracht, bestehen diese aus einem Brei grosser verfetteter Epidermiszellen, in dem sich noch eine Menge zusammenhängender, zapfenförmiger oder zwiebelartiger, aus verhornten, geschichteten Epidermiszellen bestehender Bildungen auffinden lassen. Dabei ist dieser grosse Knoten so hart und fest, wie dies nie beim Lupus statthat. Es

unterliegt keiner Frage, hier hat sich ein Cancroid, ein Epidermoidalkrebs auf dem Lupus entwickelt."

In ähnlicher Weise sass auf der Spitze des Nasenstumpfes eine achtgroschenstückgrosse dicke Scheibe auf mit leicht zerklüfteter Oberfläche, und deren Ränder sich charakteristisch manschettenartig umschlugen. „Auch dies ist ein Cancroid."

„Zwei Cancroide gleichzeitig aus alten Lupusnarben oder Lupusgeschwüren hervorgewuchert! — Dieser spätere Uebergang von Lupus in Cancroid ist bereits mehrfach auch von anderen gesehen worden, im ganzen aber, wie schon erwähnt, doch ein recht seltenes Vorkommniss. Ich darf es daher wohl nur als einen Zufall betrachten, wenn ich ihn, mit dem heutigen Falle, nun schon zum dritten Male sehe. Meine beiden anderen Beobachtungen betrafen ebenfalls ältere Weiber. Das Carcinom entwickelte sich hier beide Male an der Oberlippe und bildete einen grossen flachen Kuchen, der auf den Nasenstumpf übergriff. Beide Fälle kamen zur Operation. Die eine Kranke wurde dauernd hergestellt; die zweite starb an Recidiv und cancroider Infiltration der Drüsen am Unterkiefer."

Die nächsten zwei Fälle erwähnte Prof. Heine auf dem Congress der Chirurgen zu Berlin am 10. April 1872 und zwar bei Gelegenheit der Diskussion über Prof. Busch's Vortrag: „Epitheliomartige Form des Lupus an den Extremitäten". Heine's Worte lauten:

„Ich will hier noch eine andere Combination anführen, die ich zweimal beobachtete, nämlich ein Carcinom auf lupösem Boden bei einer Frau von 40 Jahren. Im Umfange der Geschwulst konnte man die kleinen lupösen Knötchen auf narbigem Boden noch nachweisen."

Ein Widerspruch gegen diese Auffassung und Darstellung ist von mir in der weiteren Verhandlung des Congresses nicht aufgefunden worden.

Von den vier Fällen der Esmarch'schen Klinik, welche von Wenk (De exemplis nonnullis carcinomatis epithelialis exorti in cicatrice post lupum exedentem relicta, Kiel 1867) veröffentlicht und deren mikroskopische Untersuchungen von Colberg geleitet wurden, ist es vorzüglich ein Fall, der in unsere Kategorie gezogen und bei welchem der Nachweis geführt werden könnte, „quomodo alterum in altero tumoris genus existat mutatio — lupum in carcinoma mutatum".

Ich will weiterhin nur kurz erwähnen, dass aus der Präparatensammlung der Thiersch'schen Klinik in Leipzig von Dr. Essig in



drei Fällen, „in welchen im Leben das Krankheitsbild des Lupus vorgelegen", Carcinom dargethan wurde.

Der folgende Fall ist von Prof. E. Lang aus der Heine'schen Klinik in Innsbruck und beansprucht eine um so grössere Bedeutung, als nicht allein der Autor durch seinen werthvollen Aufsatz über „Kernwucherung" (Virchow's Arch. Bd. LIV.) sich als ausgezeichneten Beobachter bewiesen hat, als auch der Fall selbst deshalb von hohem Interesse, weil der Kranke erst 23 Jahre alt, also noch nicht das für das Carcinom erforderliche canonische Alter erreicht hat, der Lupus schon im zweiten bis dritten Lebensjahre begann und die Complication von Lupus und Carcinom bis zum Ableben des Individuums beobachtet wurde.

„Das Gesicht des Kranken war nahezu in seinem Umfange von einer platten, zarten röthlichen Narbe occupirt, in der man mit exfoliirender Epidermis bedeckte Knötchen gewahrte; wo die kranke Haut an die gesunde grenzte überall einzelne oder zu Gruppen vereinigte Lupusknötchen etc. etc. Zwischen Oberlippe und unterem Augenlide der rechten Seite war ein nagelgliedgrosser Substanzverlust durch ein Geschwür veranlasst worden, dessen Rand scharf unterminirt, dessen Grund tiefkluftig etc." Das Geschwür griff sehr schnell und tief um sich. Die mikroskopische Untersuchung des Secrets ergab „grosse epitheliale Zellen von runder, theils mehrkantiger und geschwänzter Form, von denen die runden in einer verhornten Kapsel lagen und die anderen häufig Kerne darboten" mit Furchungsphänomenen, die Lang in seiner oben erwähnten Arbeit in den Zellen einer carcinomatösen Lymphdrüse nachgewiesen hatte.

Die Untersuchung nach der Section ergab in einem dem Geschwür entnommenen Stückchen zu Heerden angehäufte oder in der Cutis zerstreute etc. kleine Lupuszellen, innerhalb derer man die grossen epithelialen Krebszellenmassen stets mit Leichtigkeit erkennen konnte. Das nähere Verhältniss zwischen Lupus und Carcinom liess sich am besten an Uebersichtsschnitten verfolgen. Die Krebsneubildung zu einem schaligen Haufen zusammengetreten, war von Lupusmassen umgeben." Der Krebs „war mit Lupus vergesellschaftet".

Eine vorzügliche Abbildung gibt das überzeugendste mikroskopische Bild.

Die letzten fünf Fälle, die ich absichtlich wegen ihrer Wichtigkeit zuletzt anführe, sind von

Hebra (Wien med. Wochenschr. 1867. No. 3) publicirt.

Er beschreibt in genauester Weise fünf Kranke und geht näher auf die einzelnen Bilder des „eigentlichen Uebergangs von Lupus in Epithelialkrebs" ein. Bei dem ersten 66jährigen Manne fand sich neben einem hochgradigen knotigen Lupus eine grosse carcinomatöse Geschwulst. Bei dem zweiten Kranken sah er unter seinen Augen den betreffenden Uebergang sich entwickeln. „Während durch Lapisätzung das lupöse Neugebilde schwand, entstand plötzlich beinahe im Centrum der lupösen Stelle die carcinomatöse Wucherung. Ich übergehe die anderen drei ähnlichen Fälle und führe nur den angegebenen mikroskopischen Befund vor:

„Neben den lupösen Knoten aus kleinzelligen Elementen erreichen die alveolaren Bildungen des Epithelialkrebses das Uebergewicht etc. Das ganze Gewebe war in eine weisse markige Masse verwandelt, Epitheliom hatte sich aus Lupus entwickelt".

Einer von diesen Fällen wurde mitbeobachtet von zwei Autoren, welche auf dem Gebiete der Dermatologie als zuverlässige Beobachter einen vollen Klang haben, J. Neumann und M. Kaposi.

Neumann (Lehrb. der Hautkrankh. III. Aufl. S. 411) schreibt:

„Schliesslich muss ich noch auf ein histologisches Verhältniss hinweisen, welches sich ergibt, wenn auf einer ursprünglich lupösen Basis Epitheliom sich entwickelt. Neben den kleinzelligen Elementen des Lupus erreichen die alveolären Bildungen des Krebses das Uebergewicht etc.

Schon Wedl macht darauf aufmerksam, dass zuweilen die neugebildeten Zellen beim Lupus die Grösse wie beim Fungus medullaris erreichen. Ich besitze mikroskopische Durchschnitte von den Hebraschen Fällen, die mit Wedl's Befund übereinstimmen".

Kaposi (Virchow's Spec. Path. u. Ther. Bd. III. S. 336).

„Mitten in einer Hautpartie der Wange, welche als der Sitz eines vieljährigen Lupus von Narben durchzogen und mit Lupusknötchen in den verschiedensten Stadien der Entwickelung, ja bisweilen von einer serpiginös angeordneten Reihe von Lupusknoten besetzt ist, erhebt sich eine Epithelial-Geschwulst".

Ich setze noch hinzu, dass

Hebra im Jahre 1867 in Paris in der deutschen medicinischen Gesellschaft, in Gegenwart von den Vertretern der exacten Medicin,



ich nenne nur Friedreich, Virchow, diese seine Fälle vortrug. Keiner dieser Herren machte einen Einwand gegen Hebra's Auffassung. Ich selbst wohnte dieser interessanten Discussion bei.

Ob es nach solchen von den bewährtesten Autoren gegebenen Forschungen ungerechtfertigt von mir war, die Möglichkeit eines Uebergangs des Lupus in Carcinom zu behaupten? Ich kann und möchte es nicht glauben.

Mein zweiter von Herrn v. Langenbeck bekämpfter Ausspruch lautete: dass die Lupusnarben etwas Charakteristisches haben.

Wenngleich die betreffende Frage keine grosse Bedeutung hat, so möchte ich doch zum Erweise auf folgende Momente aufmerksam machen:

Die den Lupus constituirenden Zellen, mag man sie als Granulations- oder Tuberkelzellen etc. auffassen, gehen bekanntlich drei Metamorphosen ein, und zwar 1. die progressive, welche zur Ulceration führt, 2. die käsige Eindickung, 3. die regressive Verfettung mit schliesslicher Resorption. Bei dieser letzteren, der regressiven Metamorphose gelangt das von Lupuszellen ergriffene Gewebe, selbst wenn diese Zellen zur vollständigen Resorption gekommen sind, nie zur restitutio ad integrum. Es ist namentlich das subcutane Gewebe durch den längere Zeit ertragenen Druck atrophisch geworden.

In den Fällen, in welchen die Lupusknötchen in solitären oder disseminirten Formen vorhanden waren, bilden sich dann jene bekannten dellenartigen, rundlichen oder rundlich-narbigen Cutisatrophien, die das charakteristische Aussehen haben, als wenn ein Stückchen Cutis, von Form und Grösse einer Linse oder Erbse, aus der Haut herausgelöffelt worden wäre.

In den Fällen aber, in welchen die Lupusknötchen in grösseren zusammenhängenden Zügen einen Körpertheil occupirt haben, unterliegt dieser in toto dem narbigen Schwund in ähnlicher Weise wie das Leberparenchym bei der Cirrhose, die Knochenmasse beim Druck eines Aneurysma oder einer Gummigeschwulst — Caries sicca. Ein so von Lupus afficirter Theil, so namentlich die Nase, sieht dann wie „abgegriffen“ aus.

Wie zungengeläufig der Ausdruck „charakteristische Lupusnarben“ ist, dafür könnte ich mich auf mehrere Schriftsteller berufen; ich begnüge mich bloss darauf hinzudeuten, dass unser ver-

ehrter erster Vorsitzender diesen Ausdruck selbst gebraucht hat und zwar sowohl in der Sitzung vom 17. Februar als 3. März. Er sprach von charakteristischen Lupusnarben bei einer 42jährigen Frau, er sprach von Narbenmassen, die noch die Charaktere der Lupusnarben hätten.

v. Bardeleben: Während der 36 Semester, die ich in Greifswald verlebte, habe ich Lupus sehr häufig beobachtet. Diese Krankheit ist dort an der Ostseeküste überhaupt häufig, und kamen in jedem Semester gewiss mindestens 12 Fälle zur klinischen Demonstration, so dass ich vielleicht tausend Fälle von Lupus gesehen habe. Auch sind die ersten mikroskopischen Untersuchungen von Eichstädt und später von Pohl unter meiner Leitung angestellt worden; und habe ich überhaupt immer ein gewisses Interesse für diese Krankheit gehabt. Ich muss nun sagen, dass der Ausdruck charakteristische Lupuszellen ein etwas schwieriger ist. Wollte man die Charaktere derselben präcisiren, so würde man in Verlegenheit kommen. Es sind kleine Zellen von sehr verschiedener Form. Die Lupusmassen stellen immer eine Neubildung dar. Die Zellen der Neubildung verhalten sich jedoch wie Granulationszellen und sind an und für sich, wenn man einen Haufen derselben unter dem Mikroskop betrachtet, von anderen Zellen nicht zu unterscheiden. Man kann deshalb die Diagnose auf Lupus nicht von dem Aussehen einzelner Zellen aus stellen.

Was nun den Uebergang von Lupus in Carcinom anlangt, so habe ich trotz meiner nicht geringen Erfahrung niemals sich einen Krebs auf einer Lupusnarbe oder einem blühenden Lupus entwickeln sehen. Ich habe einen Fall von ungewöhnlich rasch zerstörendem Lupus beschrieben, der zuweilen als ein diagnostischer Irrthum und eine Verwechselung mit Carcinom betrachtet worden ist. Der betreffende Patient starb, wie fast alle Individuen, die in ihrer Jugend an Lupus leiden, gegen die Dreissiger Jahre an Lungentuberkulose. Pohl untersuchte die betreffenden Präparate mit, und halte ich es bei der Aufmerksamkeit, die wir damals beiden Krankheiten zuwandten, geradezu für unmöglich, dass wir Lupus mit Carcinom verwechselt hätten. Ich glaube also, dass aus der Thatsache, dass ich in meinen 36 Greifswalder Semestern diess niemals gesehen, der Schluss zu ziehen ist, dass die Entwickelung eines Carcinoms auf lupösem Boden ein seltenes Ereigniss ist. Darum möchte ich aber noch keinen Zweifel gegen die mitgetheilten Beobachtungen erheben.



Namentlich Lupusnarben sind ein Boden, auf dem sich Carcinom entwickeln kann. Wie vorsichtig aber bei der Deutung solcher Beobachtungen zu Werke gegangen werden muss, geht schon daraus hervor, dass die heute Abend hier mitgetheilte, so sorgfältige Arbeit Jacobson's dennoch nicht ganz beweiskräftig erscheint. Es ist ja durch sie nicht ausgeschlossen, dass nicht z. B. noch eine Schweissdrüse in der Tiefe gesessen und von dieser aus sich das Carcinom entwickelt habe. Es hängt in dieser Beziehung vieles von der individuellen Auffassung ab und wenn man an dem Satze festhält, dass Epithel nur von Epithel herrühren könne, so ist es leicht, da wo man ein Carcinom auf einer Narbe findet, einen Epithelrest als Matrix zu supponiren. Es ist aber nicht abzusehen, warum nun das Vorkommen von Carcinom auf Lupus überhaupt ausgeschlossen werden soll. Will man nicht die fides der Literatur bestreiten, so wird man z. B. einer als sicher aufgestellten Beobachtung eines so sorgfältigen und gewissenhaften Forschers, wie O. Weber, die Glaubwürdigkeit zu versagen ausser Stande sein. Deshalb war Herr Lewin berechtigt, das Vorkommen des Uebergangs von Lupus in Carcinom als beobachtet hinzustellen. Ich gebe dies gern zu, obgleich ich es bisher selbst nicht beobachtet habe. Ich beschränke mich auf diesen Punkt, obgleich ich in anderen Dingen über Lupus von dem Vorgetragenen abweichender Ansicht bin. Es hat aber heute nur diese Frage zur Debatte gestanden.

Löwe: Gegen die Auslegung, die der Herr Vorsitzende soeben den Präparaten des Herrn Dr. Jacobson zu Theil werden liess, möchte ich Folgendes einwenden:

Würde das erwähnte Cancroid von dem Ueberrest einer stehen gebliebenen Schweissdrüse ausgehen, so würden wir es allerdings mit einem Krebs zu thun haben, der sich auf einer lupösen Granulationsfläche entwickelt hat. Dann müsste aber offenbar die grösste Masse von Epithelzapfen in der Nähe derjenigen Stelle gefunden werden, von der die Neubildung ihren Ursprung nimmt, d. h. also, die grösste Epithelmenge müsste sich neben der Narbe selbst zeigen. Nun hat aber, wenn ich den Herrn Vortragenden recht verstanden habe, derselbe noch besonders darauf hingewiesen, dass nicht die Narbe es war, wo sich die meisten Epithelballen unter der Granulationsfläche zeigten, sondern dass gerade umgekehrt, je mehr man sich der scheinbar gesunden Hautstelle näherte, um so mehr tief-



liegende Epidermoidalwucherungen vorhanden waren. Mithin bildeten die Cancroidzapfen unterhalb der Granulationsfläche gleichsam ein Dreieck, dessen Basis gegen die gesunde Haut gerichtet war und dessen Spitze in der Narbe ruhte. Die Lage dieses Dreiecks müsste offenbar umgekehrt sein, wenn die von dem Herrn Vorsitzenden ausgesprochene Ansicht die richtige wäre.

Bardeleben: Wenn Herr Löwe die Auffassung des Herrn Jacobson richtig wiedergegeben, und die Cutis in dem geschilderten Falle von letzterem als der Ausgangspunkt des Carcinoms betrachtet werde, so ist eine weitere Erklärung unnöthig.

Jacobson fragt, ob in solchen Fällen das Carcinom von den Drüsen oder anderen Geweben seinen Ursprung nehme?

Lewin bemerkt, dass sei eine bisher nicht gelöste Frage.

(Die Frage, ob Epithelialcarcinom auf Lupus oder aus Lupus entstehen könne, wäre eigentlich wie schon in der Discussion angedeutet wurde, so zu formuliren: Geht der auf lupöser Basis in der That bisweilen entstehende Epithelialkrebs aus dem eigentlichen Lupusgewebe, d. h. aus einem Bindegewebs-Derivate hervor oder aus der dasselbe bedeckenden, noch erhaltenen Epidermisdecke? Wir möchten uns — wie heute die Sachen stehen — für Letzteres erklären. An eine wirkliche Identität zwischen Lupus und Epithelialcarcinom zu denken, blieb wohl nur der unglücklichen Leipziger Publication des Herrn Dr. Essig und deren Vertheidigern vorbehalten. Auspitz).



Bericht über die Leistungen

auf dem

Gebiete der Dermatologie und Syphilis.

Hautkrankheiten.

1. **v. Wolkenstein.** Zur Frage über die Resorption der Haut. (Centralbl. f. d. med. Wissensch. Nr. 26, 1875.)
2. **Sokoloff.** Ueber den Einfluss der künstlichen Unterdrückung der Hautperspiration auf den thierischen Organismus. (Virchow's Arch. 64. 1875.)
3. **Botkin.** Ueber die Reflexerscheinungen im Gebiete der Hautgefässe und über den reflectorischen Schweiss. (Berl. Klin. Wochensch. 7. 8. 9. 1875.)
4. **Rendu.** Untersuchungen über die Sensibilitäts-Veränderungen bei Hautkrankheiten. (Annales de Derm. V, 1874, VI, 1875.)

Um die Resorptionsfähigkeit der Haut für Wasserlösungen, worüber die Meinungen jetzt noch getheilt sind, zu prüfen, stellte v. Wolkenstein (1) folgende Versuche an:

Er streifte die Haut handschuhartig von der Extremität eines Frosches ab und zwar von der Plica genito-cruralis bis zu den Fingerphalangen, welche letztere sorgfältig exarticulirt und in dem Handschuh stecken gelassen wurden. Bei der einen Extremität wurde die Innenfläche der Haut nach aussen gekehrt, bei der anderen dagegen wurde nach geschehener Ablösung das normale Verhältniss wieder hergestellt. Beide Handschuhe wurden hierauf in ein Gefäss mit der zu untersuchenden Lösung getaucht, ihr Lumen mit reinem destillirtem Wasser gefüllt und die Oberfläche der vom Gefäss eingeschlossenen Lösung mit einer 1 Cm. dicken Schicht Olivenöl bedeckt. In bestimmten Zeiträumen nahm Verf. aus dem Lumen des Handschuhes mittelst einer reinen Pipette eine Quantität Flüssigkeit und prüfte sie durch Reagentien. Der mit der inneren Seite nach



aussen gekehrte Handschuh musste die Erscheinungen der Exosmose, der nicht umgestülpte die der Endosmose darbieten. Verf. benutzte 1 percentige Lösungen des Kalii jodati, Hydrargyri chlorati, Ferri sesquichlorati, Kalii ferro-cyanati, Natrii chlorati, Tannini u. a. m. Die Temperatur des Wassers war 28° R. Nach Verlauf von 2 Stunden konnte durch die Analyse die Anwesenheit von resorbirbaren Stoffen festgestellt werden, nach 4 Stunden war die Reaction bereits ausgesprochen. Wurde aber die Temperatur des Wassers erniedrigt, so ging die Resorption langsamer von Statten: so z. B. bei 28° R. gelang es schon nach $1\frac{1}{2}$ Stunden resorbirtes Jodkalium zu ermitteln, während dies bei 17° R. erst nach 3 Stunden möglich war. Kalium bichromicum bei 28° R. nach 2 Stunden, bei 17° R. nach $3\frac{1}{2}$ Stunden; Natrium sulphuricum bei 28° R. nach $2\frac{1}{2}$ Stunden, bei 17° R. nach 4 Stunden; Ferrum sesquichloratum bei 28° R. nach $1\frac{1}{2}$ Stunden, bei 17° R. nach $3\frac{1}{2}$ Stunden.

Ferner machte Verf. in der Haut am Schenkel eines lebendigen Frosches eine Oeffnung, steckte in dieselbe eine Röhre und bewirkte durch Einblasen von Luft in das Unterhaut-Zellgewebe durch die genannte Röhre ein Emphysem des Zellgewebes. Hierauf wurde die Luft entfernt, in die Hautöffnung eine neue reine Röhre so tief als irgend möglich hineingeführt und entweder durch dieselbe zwischen Muskeln und Haut Wasser gegossen, zuweilen aber auch nicht. Dann brachte W. die Extremität mit der daran befestigten Röhre in eine jener Lösungen und bedeckte dieselbe, wie oben, mit einer Schicht Olivenöl. Solche Versuche gaben dieselben Resultate, wie wenn die Haut vorher von der Extremität abgelöst war.

Wurden die unteren Extremitäten eines lebenden Frosches in Lösungen giftiger Substanzen, wie Atropin, Strychnin, Cyankalium und Curare (von streng neutraler Reaction und gleicher Concentration — 1 grm. auf eine Unze Wasser) gebracht, so erfolgten bald, nach etwa 45 Minuten bis $1\frac{1}{2}$ Stunden, deutliche Zeichen einer Vergiftung und endlich der Tod. Natürlich waren auch hier die oben beschriebenen Vorsichtsmassregeln beobachtet worden.

Aehnliche Versuche machte Verf. an den Extremitäten junger Kaninchen, Katzen und Mäuse und sah fast denselben Erfolg; nur da die Haut dieser Thiere mit dichten Haaren bedeckt ist, war die Resorption freilich verlangsamt, konnte indessen durch kurzes Abschneiden der Haare beschleunigt werden.



Das Ergebniss seiner Untersuchungen fasst Verf. dahin zusammen: 1. Die Haut (der genannten Thiere. Ref.) ist permeabel für Wasserlösungen, jedoch nicht für concentrirte; 2. eine Temperaturerhöhung der Lösung vergrössert die Resorptionsfähigkeit der Haut; die Resorption steht in directem Verhältniss zur Temperatur der Flüssigkeit; 3. bei jungen Thieren resorbirt die Haut besser, als bei alten derselben Gattung. 4. Haare und Wolle erschweren die Resorption; 5. einige Alkaloïde werden ebenfalls von der Haut resorbirt und haben Erscheinungen der Intoxication zur Folge.

Wenn Sokoloff (2) Hunde oder Kaninchen mit zur Syrupconsistenz eingedicktem Oel bestrich, fand er, dass die Temperatur der Haut sank und diejenige im Rectum ebenfalls sehr schnell fiel (wenn ein grösserer Theil der Haut bestrichen wurde), wobei die Thiere nach wenigen Stunden starben. Bei partiellem Bestreichen war das Verhalten der Rectumtemperatur sehr wechselnd. Beim Bestreichen kleinerer wie grösserer Partien traten im Harn auf: Eiweiss, körnige und hyaline Cylinder, Nierenepithelien und junge Zellen. Durchfall wurde je nach der Ausdehnung der bestrichenen Stelle früher oder später beobachtet. Der Puls wurde schneller, der Herzschlag schwächer, die Athemzüge langsamer und zuweilen oberflächlicher, ihr Rythmus unregelmässiger, endlich traten Schläfrigkeit und Krämpfe ein. — Die Section der gestorbenen Thiere ergab an den bestrichenen und freien Stellen Anasarca und an jenen einige Male Tripelphosphate im Unterhautzellgewebe, die Gefässe an beiden Stellen von gleicher Füllung, Ergüsse in den serösen Höhlen, die Lungen hyperämisch und ödematös, die Bronchialschleimhaut geröthet, Suggillationen auf der Magenschleimhaut, einige Mal auch auf den Pleuren und dem Pericardium, die Drüsen des Dünndarms etwas geschwollen, die Häute des Hirns und Rückenmarks blutreich, diese Organe selbst dagegen blutarm, Milz blutarm, Leber und Nieren hyperämisch und ihre Zellen sämmtlich in trüber Schwellung. In den Nieren insbesondere waren in acuten Todesfällen einige Mal um die Blutgefässe der Rindensubstanz runde Zellen angehäuft, in langsamer verlaufenen Fällen war die Rindensubstanz derb von graugelber Farbe und eine Neubildung von Bindegewebe zu beobachten. Auch die Muskeln des Stammes und des Herzens waren getrübt, die Querstreifung undeutlich.



Auf Grund dieses Befundes und der Krankheitssymptome betrachtet Verf. den nach der Hautfirnissung bei Thieren eintretenden Zustand als eine Vergiftung durch Retention von sonst ausgeschiedenen Substanzen. Das Blut gefirnisster sterbender Thiere, anderen Thieren derselben Species eingespritzt, rief eine vorübergehende Albuminurie hervor, was die Einspritzung gleicher Mengen gesunden Blutes oder Wassers nicht that. Diess hält der Verf. für eine Stütze seiner Ansicht.

Botkin stellt (3) die Hypothese auf, dass ein bestimmter Nervenmechanismus für die Gefässe der Schweissdrüsen wahrscheinlich sei. Und zwar in der Weise, dass dieser Nervenmechanismus unter denselben Einflüssen wie die anderen vasomotorischen und hemmenden Apparate stehen dürfte.

Dass Röthung der Haut sehr oft nicht Hand in Hand geht mit Schweisssecretion, dient dem Verf. als Hauptanhaltspunkt für diese Annahme. Eine eingehende Untersuchung von allerdings sehr schwer zu sammelndem Schweiss würde nach der Ansicht des Verf. gewiss lohnende Resultate für die klinische Medicin abgeben.

Im Verfolge einer grossen Untersuchungsreihe über die Sensibilität der Haut bei Dermatosen kommt Rendu (4) zu folgenden Schlüssen:

1. Bei der einfachen Hautentzündung sowie bei Erisypel ist die Sensibilität mit Ausnahme derjenigen gegen Temperatur-Veränderungen erhöht;

2. bei Erythemen sind die Sensibilitäts-Veränderungen nicht bedeutend, die Sensibilität gegen Schmerz ist im Centrum von Erythem-Plaques geringer als an der Peripherie;

3. beim Eczem ist die Tast-Sensibilität vermindert, ebenso die thermische; die Schmerzempfindlichkeit unverändert. Diess gilt besonders für das „diathetische“ Eczem;

4. bei Prurigo ungefähr ebenso;

5. bei Psoriasis Verminderung der Tast-Empfindung und Analgesie im Centrum der Plaques, bisweilen auch ausserhalb derselben;

6. bei Lepra maculosa anaesthetica (1 Fall) Analgesie und Thermo-Paralyse. Tastempfindung intact. Die Analgesie besonders

im Centrum der Flecken. Bei Lepra tuberculosa fand R. fast keine Sensibilitäts-Veränderung;

7. bei Zoster zugleich Hyperaesthesie und Analgesie an den Stellen der stärksten Eruption;

8. bei Syphilis und Scrophulose und bei Lupus geringe Veränderungen.

Im Ganzen stellt der Verf. vier Gruppen auf:

1. Verminderung der Tastempfindung und Wärmeempfindung, unveränderte Schmerzempfindung. (Eczem, Psoriasis, Lichen d. i. Prurigo);

2. Erhöhung der Schmerzempfindung, Abstumpfung der thermischen Sensibilität (Dermatitis, Erisypel, Herpes, einige Erytheme, artificielle Eruptionen);

3. Integrität der thermischen und Tastempfindung, zugleich Analgesie. (Psoriasis, Pityriasis, Lepra);

4. Hyperaesthesie zugleich mit Anaesthesie und Analgesie (Zoster).

Im 2. Theile seiner Arbeit plaidirt R. dafür, dass Zoster und Pemphigus direct nervöser Natur seien, dass bei Purpura simplex, Eczem und gewissen Psoriasisfällen ein wahrscheinlicher Einfluss des Nervensystems zu constatiren sei.

5. White. Die giftige Wirkung der Arnica auf die Haut. (Boston med. and surg. Journ. 21. Jänner 1875).

6. Berndgen. Ueber die äussere Anwendung der Carbolsäure gegen einige Hautkrankheiten. (Allg. medicinische Centralztg. Nr. 20. 1875.)

7. Fayrer und **Silva Lima.** Goa-Pulver. (Uebers. aus dem Portugiesischen. Med. Times and Gaz. 24. October 1874 und 6. März 1875.)

8. Besnier. Die Anwendung undurchdringlicher Stoffe und insbesondere der Kautschukleinwand bei Hautkrankheiten. (Bullet. génér. de thérapeut. 88, 1875.)

White beschreibt (5) drei Fälle von acutem Eczem nach Anwendung von Arnicatinctur. (Solche Fälle kommen bei dem volksthümlichen Glauben an den Nutzen der Arnica bei Verletzungen sehr häufig zur Beobachtung. Ref.)

Berndgen (6) wendet gegen chronische Eczeme Acid. carb. cryst. 5·0, Spirit. vini diluti 10·0, Aq. dest. 120·0 mit grossem Erfolge an. Die Lösung wird jeden Morgen mit scharfem Pinsel auf die kranken Stellen aufgetragen. Bei kürzer bestehenden Eczemen wendet er eine 20percentige wässerige oder ölige Lösung als Umschlag oder Einreibung an. Bei acutem Eczem wirkt sie nachtheilig. Die wässerig-spirituöse Lösung ist auch gegen Psoriasis sehr erfolgreich. Bei inveterirter Psoriasis verschreibt er Ac. carb. 2·5, Spirit. vini dil. Aq. dest. ana 10·0; hier muss jedoch nach 3—4 Tagen wegen starker Irritation einige Tage ausgesetzt werden. Bei Prurigo sind 5percentige Lösungen zu empfehlen. (Ref. wendet seit Jahren bei juckenden und schuppenden Hautkrankheiten eine Lösung von Acid. carbol. in Olivenöl [1 : 12] an. Der Erfolg ist im Allgemeinen gut, steht aber dem der destillirten Holztheer-Oele bei weitem nach. Ref.)

Ueber ein in Indien gegen Hautkrankheiten gebrauchtes Präparat, Goa-Pulver, und ein ihm ähnliches Poh di Bahia hatte schon Fayrer Notiz gegeben. Da Silva Lima berichtet nun (7), dass in Brasilien dasselbe Präparat, ein gelbes Pulver, als „Araroba-Pulver" in Gebrauch sei, welches von dem Marke einer Leguminose stamme. Es bewirkt Reizung und Entfärbung der Haut und wird local, mit Essig vermischt, angewendet. Die Krankheiten, gegen welche man dasselbe gebraucht, sind Herpes circinatus, Intertrigo, Chloasma u. a.

Besnier gibt (8) eine Darstellung des Gebrauches der Kautschukleinwand bei Hautkrankheiten. Dieselbe wurde von Colson in Beauvais 1869 vorgeschlagen, dann von Hardy in Paris und Hebra in Wien (dieses Archiv, 1868 pag. 1 ff.) verbreitet. Verf. hat an dem reichen Hautmaterial des Hôpital Saint-Louis seit zwei Jahren Versuche mit Kautschukpapier, Wachstaffet, Guttapercha und Kautschukleinwand, also überhaupt impermeabeln Stoffen angestellt und veröffentlicht jetzt die Erfolge, welche er erzielt hat. Vor Allem rühmt er den Kautschuk als Ersatz für das Kataplasma und das prolongirte Bad.

Verf. verwendet meist die vulcanisirte Kautschukleinwand und nur bei sehr zarten Kindern, sowie bei Erwachsenen als Kopfverband nimmt er die nicht vulcanisirte. Der Kautschuk muss stets trocken und ganz rein sein. Bei jedem Verbandwechsel wird er



sorgfältig mit kaltem Wasser abgewaschen, ausgebreitet und getrocknet. Der Kautschuk wird stets direct, ohne jede Zwischensubstanz auf der erkrankten Haut getragen. Ein Druck darf nicht stattfinden, damit die Hautabsonderungen sich frei anhäufen können. Verf. verwirft die Kautschukhandschuhe und Strümpfe als theuer und überflüssig, nur die Fingerlinge wendet er an, aber sie müssen sehr lang und weit sein. Im Uebrigen lässt er an den Extremitäten die Kautschukleinwand umwickeln und sackartig befestigen. Für den Kopf lässt er Mützen tragen, die durch ihre Elasticität fest sitzen und für das Gesicht Masken schneiden. Für den Stamm werden Hemden, Jacken etc. mit Leichtigkeit hergestellt.

Die Anwendung ist theils continuirlich, theils eine unterbrochene, ersteres fast nur bei sehr hochgradigem Pruritus. Meist wird der Kautschuk nur während der Nacht getragen und die Patienten bleiben während des Tages frei oder werden anderweitig (mit Bädern, Salben etc.) behandelt. Nach der Abnahme des Verbandes wird der kranke Theil abgetrocknet, mit Amylum bestreut oder mit Salbe bedeckt.

Die Wirkung des Kautschuk beruht wesentlich auf der Impermeabilität der Decke, wodurch eine sehr gesteigerte Hautsecretion und ein Stagniren der Secrete auf der Haut bedingt wird. Es gleicht die Wirkung einem continuirlichen Bade. Dabei wird die Luft abgehalten und jede Reibung verhindert. Dass eine specifische Schwefelwirkung bei dem vulcanisirten Kautschuk in Frage komme, erscheint Verf. unwahrscheinlich. Die Hauptwirkung ist eine macerirende; jede Borke wird schnell erweicht, wie unter einem Kataplasma. Selbst bei ausgedehntester Anwendung der Kautschukeinhüllung des ganzen Körpers sind nie schädliche Folgen beobachtet worden. Freilich gibt es ausnahmsweise Personen, die das Mittel überhaupt nicht vertragen. So sah Verf. bei zwei Fällen von Psoriasis immer eine schwere Dermatitis darauf folgen.

Indicirt ist der Kautschuk überall da, wo man die Haut erweichen will, wie bei Eczemen, Lichen oder bei heftigem Pruritus. Besonders ist das Eczema rubrum und impetiginodes, der Lichen, die Secretionsanomalien und die nässenden Ausschläge des behaarten Kopfes für die Kautschukbehandlung geeignet (Colson). Auch bei Ichthyosis sah Verf. sehr gute Erfolge, weniger bei Psoriasis, Pemphigus und den Syphiliden.

9. **Gaskoin.** Ein seltener Fall von Hautkrankheit. (Medic. Times and Gazette 1295. 1875).

10. **Landgraf.** Ein Beitrag zur Casuistik der Hautkrankheiten mit Beziehung auf deren vasomotorische Genese. (Arch. d. Heilk. 4. Heft, 1875).

11. **Balmer.** Hautstörungen bei der progressiven Muskelatrophie (Arch. d. Heilkunde, 4. Heft, 1875).

12. **Chvostek.** Blasenbildung an der Haut, bedingt durch Nervenerkrankungen. (Wiener medic. Wochenschr. Nr. 32, 33, 34, 35. 1875.)

Gaskoin berichtet (**9**) folgenden Fall: Ein 16 Jahre altes Mädchen bekam plötzlich im Gesichte eine Eruption in Form von geraden Linien, welche in Blasen aufgingen, nach einigen Tagen eintrockneten und eine schwache Verfärbung der Haut hinterliessen. Eine Woche später breitete sich die Krankheit auf den Kopf aus, erschien dann auf der rechten Hand, dem rechten Arm, der rechten Schulter und ging über die vordere Brustwand, den linken Arm hinab auf die linke Hand und wieder zurück auf die linke Schulter. Ober- und Unterschenkel waren nur in geringem Grade befallen.

Nachdem die Krankheit so einige Monate bestanden hatte, hatte die Kranke nur drei solche Linien auf der Bauchwand, sie waren 6, 8 und mehr Zolle lang, $^1/_8$—$^3/_8$ Zoll breit; an allen Fingern fand sich je eine Linie, die ganz gerade über dem Rücken derselben und von den Phalangealgelenken zum Handgelenke verlief.

An den Armen, am Nacken, Gesichte, an den Beinen fanden sich viele solche gerade Linien oder Spuren davon in Form von Hautpigmentirungen, andere als einfach rothe Striemen, andere zu Blasen oder Pusteln aufgezogen oder im Stadium der Krustenbildung oder der Dekrustation.

Diese Linien bildeten sich über Nacht; so lange sie frisch waren, erwiesen sie sich als sehr empfindlich. An jeder einzelnen Linie dauerte der ganze Process nur einige Tage, Jucken wurde in keinem Stadium empfunden.

Ausserdem fanden sich aber noch allenthalben am Körper erbsen- bis schillinggrosse Blasen vereinzelt vor.



In seiner Kindheit soll das Mädchen viel kleine Vibices auf den Händen gehabt haben, auch jetzt sieht man an denselben Spuren von Purpuraflecken.

Zwei Jahre vor der Eruption hatte die Kranke eine Krankheit am behaarten Kopfe und verlor damals den grössten Theil der Kopfhaare.

Derzeit leidet die Kranke nur an Unregelmässigkeit der Defäcation und Menstruation, die Zunge ist weiss, belegt, feucht, der Appetit gut, hie und da Kopfschmerzen, das Kopfhaar ist lichtblond, die Haut sehr blass.

Die naheliegende Möglichkeit, dass die Eruption ein Kunstproduct sei, bestätigte sich nicht. Die Behandlung blieb ohne Erfolg. (Die [der Urticaria nahestehende] Erkrankung scheint in die Gruppe der vasomotorischen Hautaffectionen zu gehören, welche in jüngster Zeit durch mehrfache neue Beobachtungen in den Vordergrund tritt. Ref.).

Landgraf beschreibt (**10**) folgende Fälle von vasomotorischen Erkrankungen der Haut:

1. Ein 27jähriger, mässig genährter, gesunder, aus gesunder Familie stammender Arbeiter stellte sich in der Poliklinik von Wagner in Leipzig mit einem seit dem ersten Lebensjahre bestehenden Hautausschlage am rechten Oberschenkel vor. Die Hautaffection, welche auf drei getrennten Bezirken ihren Sitz hat, besteht aus deutlich prominenten Knötchen von Hanfkorn- bis Linsengrösse und darüber, von bräunlichrother, auf dem Gipfel hellerer Färbung und harter Consistenz; in der nächsten Umgebung ist die Haut bläulich geröthet und nur wenig infiltrirt. Die Knötchen sind isolirt oder zu Gruppen vereinigt oder perlschnurartig aneinander gereiht oder zu diffusen handtellergrossen, blaurothen Erhebungen zusammengeflossen; letztere sind mit kleineren Schuppen oder grösseren zusammenhängenden, in Abstossung begriffenen Epidermismassen bedeckt. Zwischen den Knoten befinden sich groschengrosse Stellen von undeutlich tuberöser Form mit glänzend gerötheter, harter, straffer, nach einem Punkte strahlig zusammengezogen erscheinender Haut. An den Grenzen des Exanthems des mittleren Bezirkes ist die Haut schneeweiss, zart gerippt oder gegittert, wie eine oberflächliche Narbe. Einige der Knötchen sind von einem Haare durchbohrt; andere haben ein Miliumähnliches Aussehen und lassen sich mit Zurücklassen eines lochartigen, blutenden



Substanzverlustes mit dem Messer ausschälen. Die Efflorescenzen sind in drei von aussen und oben nach innen und unten durch gesunde Haut von einander getrennten Streifen angeordnet. Der oberste Strich nimmt das sogenannte Schenkeldreieck ein. 10. Cm. vom ersten entfernt läuft der zweite Strich; er beginnt in der Höhe des Trochanter major innerhalb der Medianlinie und schliesst, nach unten breiter und dichter werdend, mit dem unteren Drittel des inneren Profils des Oberschenkels ab. Der dritte Streifen beginnt nahe unter dem Hüftbeinkamm, senkrecht über dem grossen Trochanter, wo seine Efflorescenzen mit denen des zweiten zusammenfliessen, und zieht, weiter unten durch gesunde Haut vom zweiten Streifen getrennt, bis zum oberen Patellarrand. Der Ausschlag juckt namentlich in der Wärme, und nässt, wenn er gekratzt wird. Die Sensibilität ist normal. Die Inguinal-Drüsen der rechten Seite in geringem Masse geschwollen. Seit 6—8 Wochen besteht in der Fossa trochanterica ein Ausschlag, der sich in rundlichen linsen- bis groschengrossen Flecken darstellt, die theils eingetrockneten Bläschen gleichen, theils von dünnen, braungelben Krusten bedeckt, theils der Epidermis ganz beraubt und wie abgeschunden sind. Von dem älteren Ausschlage entspricht der oberste Streifen genau dem Verbreitungsgebiete des Nervus ileo-inguinalis, der mittlere dem des Nervus cutaneus fem. med. und der unterste und äusserste dem des Nerv. cutan. fem. ant. ext. (Ref. hält diesen Fall für eine Acne rosacea tuberosa, wie er sie bisweilen besonders an Stellen mit habitueller venöser Stauung, z. B. bei Säufern an verschiedenen Stellen des Körpers auch ausserhalb des Gesichts beobachtet. Dass zwischen Acne rosacea und Lupus erythemosus Uebergänge existiren ist unzweifelhaft, und gerade bei solchen Fällen vom Ref. öfter beobachtet. Verf. selbst macht einige Andeutungen in dieser Richtung, wirft jedoch den L. erythem. mit dem L. symplex zusammen.

2. Im Mai 1868 stellte sich ein 15jähriges Mädchen vor, das kräftig gewachsen war, etwas gedunsen aussah, aber keine geschwollenen Drüsen hatte, normale Verdauungsfunction und ungestörtes psychisches Verhalten darbot und dessen Menstruation sich kurz vor der ersten Untersuchung zum ersten Male gezeigt hatte. In der Poliklinik konnte beobachtet werden, wie sich blitzartig hervortretend ein 3 Cm. langer, 1 Cm. breiter hochrother Fleck bildet, an dem sich die Epidermis an einzelnen Punkten abhebt; zahlreiche



Tröpfchen treten hervor, die weggewischt, sich sofort wieder erneuern; endlich wird durch das Wegwischen der Bläschen das Rete entblösst, und es ereignen sich kleinste capilläre Blutungen. Die Eruption ist mit ziemlich heftigen brennenden Schmerzen verbunden. Tags darauf ist die Umgebung der Flecken noch intensiv roth; die Exsudation ist aber zum Stillstande gekommen, das Exsudat ist zu einer schmierigen, weissgelben Kruste erstarrt, die sich ohne Schmerzen nicht ablösen lässt, nach einigen Tagen von selbst abfällt und einen normalen, nur noch etwas gerötheten Boden hinterlässt. Der Schauplatz dieses Vorganges sind Hände und Vorderarme, selten die Oberarme. Auf der Dorsalfläche aller Finger, in der Hohlhand, unregelmässig über den Unterarm zerstreut, in der Ellenbeuge finden sich die beschriebenen Flecken alle in der Grösse von 1 : 3 bis 5 Cm. und in allen Phasen der Entwickelung, frischer als gelbe schmierige Belege, älter als derbere Krusten und endlich abgeheilt als geringe Röthungen der sonst normalen Haut. Die Patientin stammt aus gesunder Familie, von den drei Geschwistern hat nur das jüngste geschwollene Drüsen. Patientin litt Anfang Sommer 1865 an einer completen Incontinentia urinae; Nachts vermochte sie den Harn etwas länger zu halten. Dann kam es zu einer Retention, Patientin musste katheterisirt werden. Sie gebrauchte gegen dieses Leiden mit einigem Erfolg Vollbäder. Nachdem sie einmal in einer Wanne gebadet hatte, die eben von einer mit einem „grindigen" Ausschlag behafteten Person verlassen war, stellte sich zum ersten Male der Ausschlag ein, der seitdem in periodischen Zwischenräumen erschienen ist. Derselbe ist gewöhnlich im Frühjahr und Sommer verschwunden, um Michaelis aber wieder aufgetreten. Die Harnexcretion ist seit 2 Jahren normal. Um Weihnachten 1867 bekam Patientin Husten ohne Auswurf, während dessen der Ausschlag schwand, um nach dem Cessiren des Hustens wieder hervorzubrechen, und zwar schmerzhaft wie vordem. Nur kalte Ueberschläge linderten die Schmerzen, die jeder Ausbruch verursachte.

Verf. bezeichnet die Krankheit als einen Pemphigus acutester Art und vindicirt den Nerven die Urheberschaft der Störung, welche mit einer Schnelligkeit eintritt, wie die Secretion der Speicheldrüsen in dem Ludwig'schen Experiment der Nervenreizung. Ausserdem aber weist die Incontinenz und Retention des Harns auf eine nicht näher zu definirende Affection nervöser Centralorgane hin und die



auffällige Wechselbeziehung zwischen den Hustenparoxysmen und den Eruptionen des Ausschlages (? Ref.) ist der Annahme einer vasomotorischen Neurose nicht ungünstig. (Nicht eher Eczem? Ref. hat einen Patienten mit ausgesprochener Hysterie, bei dem auch „blitzartig“ heftig nässende Eczeme auftreten und nach einigen Tagen verschwinden). Endlich erinnert Verf. an einen von Wunderlich mitgetheilten Fall, wo bei einem 18jährigen spinalkranken und gleichfalls hysterischen Mädchen fast ein Jahr lang vorübergehende partielle Hyperämien, Urticaria-Eruptionen, locale Schweisse neben wechselnden nervösen Erscheinungen innerer Organe etc. beobachtet wurden, und wo auch Wunderlich nur die Deutung durch Störungen im vasomotorischen Nervensystem für möglich hält.

3. Dieser Fall betrifft einen Mann von 55 Jahren, der als Kuhbauer viel im Sonnenbrande sich befindet. Frühere Krankheiten sind nicht bekannt. Seine inneren Organe normal. Die linke untere Extremität ist seit der Kindheit paretisch und etwas atrophisch, am übrigen Körper ist die Sensibilität und Motilität normal. Die Haut ist am ganzen Körper, besonders aber im Gesicht und an den unteren Extremitäten, weniger an den oberen und am Rumpfe von gleichmässiger intensiv blaurother Färbung, aus der sich hie und da einzelne hellrothe linsengrosse Fleckchen abheben. Das Capillitium und das Gesicht ist exquisit dunkelroth. Einzelne Blutgefässe treten nirgends hervor. Die sichtbaren Schleimhäute sind dunkelroth, wie mit Carmin injicirt. Eine bestehende Haemoptoe erklärt der Verf. durch diesen Zustand der Rachenschleimhaut, vielleicht auch der Trachealmucosa. Die Röthe der Haut weicht einem längeren Fingerdruck und kehrt langsam wieder. Die Haut erscheint nicht wärmer, nicht derber, nicht succulenter und auch von anderen pathologischen Veränderungen findet sich keine Spur. Dieser Zustand hat sich langsam ausgebildet und besteht schon mehrere Jahre. Eine Erfrierung hat nicht stattgefunden. An dem linken paretischen Beine ist die Affection von der der anderen Seite nicht abweichend.

Die Krankheit wurde als höchstgradige chronische congestive Hyperämie der Haut und der sichtbaren Schleimhäute durch Erschlaffung und Dilatation ihrer Capillarität diagnosticirt und als Ursache eine vasomotorische Neuroparese, Herabsetzung des Tonus der kleinsten Arterien und der Capillaren der Cutis angenommen. (Von Herz und Lunge sagt Verf. kurz, dass sie „nichts Abnormes darbieten“. Ref.)



Balmer publicirt (11) ausführlich zwei von **Friedrich** 1873 beobachtete und einen eigenen Fall von **progressiver Muskelatrophie**, welche sich durch Ernährungsstörungen in der Haut auszeichneten:

1. Fall (**Friedrich**).

Eine 35jährige verheiratete Bäuerin stellte sich am 23. October 1863 vor wegen Atrophie beider Hände und Vorderarme, welche sich im Verlaufe der letzten Jahre entwickelt hatte. Muskulatur des Thenar und Antithenar beiderseits total geschwunden, zwischen den Mittelhandknochen befinden sich tiefe Furchen. Die Finger in der ersten Phalanx gestreckt, in den beiden vordern Phalangen gebeugt. An den Vorderarmen ist die Atrophie, besonders an den der Ulnarseite entsprechenden Muskeln, fortgeschritten. Patientin fühlt häufige Schmerzen in den Händen und in den Vorderarmen, an letzteren bemerkt man fibrilläre Contractionen. Die übrige Muskulatur des Körpers vollkommen gesund. Die Temperatur der Hände auffallend kühl; keine Abnormität bezüglich der Pulsation der Radialarterien. Sehr auffällig sind trophische Störungen an den Händen, an welchen eine Neigung zu Bildung von Panaritien, zu Rhagaden, oberflächlichen Excoriationen und Hautgeschwüren besteht. Die Nägel sind blätterig zerklüftet und theilweise in Ablösung begriffen; die Nagelglieder auffallend kolbig verdickt. Patientin behauptet, dass namentlich nach angestrengten Arbeiten, besonders nach Waschen es zu Geschwürsbildungen mit Vorliebe in den Winkeln zwischen den Fingern und an den Nägeln komme, wobei dann unter den Nägeln eine dünne gelbliche Flüssigkeit hervorsickere und dann auch der eine oder andere Nagel sich abstosse; auch komme es mitunter zu Blasen an den Händen; nach Ruhe und Schonung bildeten sich diese Affectionen wieder zurück. Einmal habe sich auf dem Rücken der Hand ein Geschwür gezeigt, das durch die ganze Hand bis auf den Handteller gedrungen sei. Patientin kann stumpf und spitz, sowie kalt und warm nicht unterscheiden, leichtere Hautreize werden gar nicht empfunden. Die Abnahme der Sensibilität erstreckt sich in abnehmendem Grade auch herauf auf die Haut der Vorderarme, an den Oberarmen normale Empfindungsfähigkeit. Im Uebrigen ist Patientin gesund, alle Functionen gehen in regelmässiger Weise von Statten. — Als sich Patientin am 20. Jänner 1869 wieder vorstellte, war in dem Grade der Atrophie keine Veränderung eingetreten, nur bemerkt

man jetzt an den Oberarmen deutlich fibrilläre Zuckungen, aber noch ohne entschiedene Atrophie. Die Haut der Hände ist rauh, stellenweise schwielig verdickt und schrundig. Zwischen den Fingern erkennt man in Heilung begriffene Ulcerationen, auch an andern Stellen der Hände bestehen Spuren geheilter Rhagaden und Geschwüre. An einigen Fingern neue Nagelbildungen.

2. Fall. (Friedrich).

Ein 36jähriger, kräftig gebauter Bäckergeselle war mit hochgradiger Muskelatrophie beider Hände, besonders linkerseits behaftet. Thenar und Antithenar waren grösstentheils geschwunden und abgeflacht, zwischen den Metacarpusknochen tiefe Furchen, die Finger in klauenartiger Stellung. Links ist auch der Vorderarm mässig atrophisch, während rechts sich die Atrophie am Handgelenke beschränkt. Die Nagelglieder des Zeige- und Ringfingers sowie des Daumens sind an der linken Hand stark verstümmelt und nur noch als Rudimente vorhanden, die vorn in ein narbenartiges schwieliges Gewebe endigen, an welchem noch Nagelreste ansitzen. Die ganze linke Hand, deren Haut namentlich in der Vola verdickt und rissig erscheint, ist vollkommen anästhetisch und auch tiefere Nadelstiche werden nicht empfunden; am linken Vorder- und Oberarm bis herauf zur Schulter und noch etwas gegen die vordere Thoraxfläche ist die Sensibilität nur vermindert, und zwar um so weniger, je höher nach oben. Die rechte obere Extremität zeigt auch an der atrophischen Hand normale Sensibilität. Die inneren Organe gesund. Patient erzählt schon seit Frühjahr 1866 Schwächegefühl und häufig reissende Schmerzen im linken Arm sowie oftmals Kältegefühl in demselben empfunden zu haben; auch sei damals schon die rechte Hand schwächer geworden; die fortschreitende Abmagerung der Hände aber sei ihm erst im Winter 1866/67 auffällig geworden. Im Juni 1866 habe sich infolge einer Brandwunde am linken Daumen eine heftige Schwellung und Entzündung über die Hand und den ganzen Vorderarm verbreitet, wogegen im Darmstädter Hospitale vom 9—20. des genannten Monates das permanente Wasserbad mit Erfolg angewendet wurde. Patient behauptet mit Bestimmtheit, dass er nur wenn er die Hände mehr gebrauche, eitrige Entzündungen und Panaritien an den Fingern der linken Hand bekomme, unter den Nägeln sickere dann eine gelbliche Flüssigkeit hervor und die Nägel stiessen sich dann gerne ab; daher die Verstümmelungen an den Nagelgliedern.



Hereditäre Ursachen oder sonstige Einflüsse, wenn man die Beschäftigung des Patienten nicht gelten lassen will, fehlten.

Friedrich macht bei Erwähnung dieses Falles auf die nicht selten beobachteten Combinationen der Lepra mit progressiver Muskelatrophie (auch Bergmann: Die Lepra in Livland, 1870) aufmerksam.

B. theilt noch einen dritten, selbst beobachteten Fall mit (1874), welcher ein 18jähriges Landmädchen betraf und mit schmerzloser Schwellung der linken Hand im 14. Lebensjahre begann, welche dann auch die rechte Hand occupirte. 6 Monate nach dem Beginn zeigten sich an der linken Hand Blasen von verschiedener Grösse, welche platzten und binnen 8 Tagen heilten, dann in unregelmässigen Intervallen wiederkehrten, nebst Rhagaden. Später dasselbe an der rechten Hand. Mit der zunehmenden Atrophie trat Oedem an beiden Händen auf, nebst Verschorfungen und schwieligen Verdickungen einzelner Stellen.

Verf. ist geneigt, die Annahme eines vasomotorischen Einflusses zur Erklärung verschiedener Hautstörungen (Eulenburg und Landois) auch auf die mit progressiver Muskelatrophie combinirten Hautaffectionen auszudehnen, indem er zugleich auf Fälle von progressiver Muskelatrophie mit Schweissvermehrung und abnormen Hautfärbungen hinweist.

Auch Chvostek beschreibt (12) mehrere Fälle von Blasenbildung der Haut bei Neuropathien und zwar:

1. Pemphigus der rechten Hand und des rechten Vorderarms, bedingt durch eine Spinalaffection (wahrscheinlich Myelitis chronica).

Die Patientin, eine 44jährige Witwe, hatte zuerst an Unempfindlichkeit der Hand und des Vorderarms gelitten. Kurze Zeit nachdem die Empfindungslosigkeit aufgetreten war, kamen Blasen an den Fingerspitzen zum Vorschein; dieselben zeigton sich zuerst am Daumen. Die Blasenbildung entwickelte sich folgendermassen: Patientin empfand ein Brennen an einer Stelle, welches einige Stunden andauerte, worauf ein rother Fleck sichtbar wurde, an dem sich eine Blase emporhob. Gewöhnlich wurde eine solche von ihr aufgestochen und trocknete dann bald ein; doch es war die eine Blase noch nicht verschwunden und schon trat eine andere auf und diess wiederholte sich immer fort. Die Grösse einer Blase mochte die einer halben



Erdbeere ausmachen. In ganz kurzer Zeit entwickelten sich solche Blasen auch an der übrigen Hand und am Vorderarme. Gleichzeitig war in der Hand und im Vorderarme ein dumpfer Schmerz vorhanden, der besonders hervortrat, wenn der Arm einer kühleren Temperatur ausgesetzt war, wesshalb sie ihn auch stets in ein Tuch einwickelte. Gleichzeitig bemerkte sie, dass sie die Finger nicht vollständig zu strecken vermochte.

Die Epidermis zeigte sich verdickt und an zahlreichen Stellen rissig, hie und da Epidermisdefecte. Die Anaesthesie trat dann auch im Gesichte und an anderen Körperstellen auf, der Gang war schwankend, electromuskuläre Sensibilität und Contractilität an der Hand und dem Vorderarm rechts gesteigert, die electrocutane Sensibilität herabgesetzt. Die Krankheit war nach etwa vier Wochen wesentlich gebessert, der Pemphigus verschwunden.

2. Myelitis des unteren Brustsegments, Blasenbildung am rechten Unterschenkel, Tod durch Septikämie.

Angeblich nach einer Erkältung bekam ein 55jähriger Fischerknecht an der rechten Unterextremität das Gefühl von Ameisenlaufen; verminderte Sensibilität, Schwäche, Rückenschmerzen. Die sonstigen Erscheinungen und der Verlauf (Paraplegie) machten die Diagnose Myelitis des unteren Brustsegments der Wirbelsäule unzweifelhaft.

Nach einigen Wochen, in welchen sich zuletzt auch ein Decubitus am Kreuzbein entwickelt hatte, entstanden am rechten Unterschenkel vorne ohne nachweisbare Ursache drei Blasen, welche bis 9 Cm. gross wurden, platzten und gangränösen Grund zurückliessen. Patient starb an Pyämie, 4 Monate nach dem Beginn seiner Erkrankung.

3. Spermatorrhoe, Impotenz und Psychose in Folge grosser Excesse in Venere. Während der Rückbildung dieser Störungen vorübergehend Blasenbildung an der Haut der Unterschenkel.

Der Fall betraf einen 30jährigen Ingenieur. Es traten, nachdem er einer kräftigen elektrischen Behandlung (galvanischer Strom auch auf die Blase durch Einführung eines Blasen-Excitators applicirt) unterzogen worden war, an den Unterschenkeln einige Blasen auf, die nach 5 Tagen verschwunden waren. Der Patient genas nach und nach. (Ist dem elektrischen Strome nicht vielleicht in einem oder dem anderen Falle ein Einfluss auf die Blasenbildung beizumessen? Ref.)



13. **Schmidt.** Beobachtungen über die Blattern. (Deutsches Arch. f. klin. Medicin, 16. Bd. 1. Heft. 1875).

14. **Brouardel.** Gefässerkrankungen bei Blattern. (Arch. gén. de Méd. Décember. 1874).

15. **Hebra** jun. Variola haemorrhagica. (Ber. d. Wiener allg. Krankenhauses für 1874).

16. **Steiner.** Zur Inoculation der Varicellen. (Wiener med. Wochenschr. Nr. 16, 17. April 1875).

17. **Wiehen.** Merkwürdiger Fall von ungleichzeitiger Entwicklung gleichzeitig geimpfter Kuhpocken. (Virchow's Archiv. 64. Bd. 2. Heft 1875).

Schmidt theilt (**13**) seine Erfahrungen mit, die er während einer Blattern-Epidemie in den drei ersten Monaten des Jahres 1872 gemacht hat. Dieselben stimmen so ziemlich mit den Resultaten anderer Beobachter. Interessant sind zwei Fälle von Blatternrecidive, wo nur wenige Tage nach der vollständigen Heilung eine neue Eruption zum Vorschein kam. Verf. ist ein unbedingter Anhänger der Vaccination, und empfiehlt sogar bei Individuen, welche schon Symptome der beginnenden Blatternerkrankung zeigen, noch einen Versuch mit der Impfung zu machen. Was die Behandlung anbelangt, hat Schmidt die schönsten Erfolge bei der Anwendung kühler Bäder (23—15° R.) gehabt, die er verordnete, sobald die Temperatur in der Achselhöhle 39·5 C. überstieg.

Als sehr erfolgreich gegen die Complication von Diphtheritis und Croup rühmt Verf.:

Bromi pur.
Kal. brom. *aa 0·3*
Aq. dest. *15·0*

in welcher Mixtur er ein Schwämmchen tränkt, es dann in das eine Ende eines zusammengerollten Kartenblattes bringt, während das andere Ende von dem Patienten wie eine Cigarre in den Mund genommen wird.

Brouardel (**14**) beobachtete 389 blatternkranke Frauen und fand darunter 53 mal Gefässläsionen, also 1 : 7. Da aber darunter 36 Schwangere mit 12 Gefässerkrankungen und 5 Rheumatismen waren, so bleiben 348 uncomplicirte Fälle mit 36 Gefässläsionen,



also 1 : 9·6. Das Alter der Erkrankten schwankte zwischen 16 und 52 Jahren, durchschnittlich etwa 33 Jahre. Sitz der Affection war meist zugleich Aorta, Endo- und Pericardium, nicht selten nur die Aorta, nie das Endocardium allein. Anatomisch lässt sich nachweisen, dass nicht nur die Klappenapparate betroffen sind, sondern auch die übrigen Theile. Die Auscultation ergibt im Anfangsstadium der Variola in solchen Fällen ein systolisches Blasen an der Basis, dem sich bald ein gleiches Geräusch an der Spitze zugesellt; der zweite Ton der Aorta wird hauchend. Der Sphygmograph zeigt auf dem Gipfel der aufsteigenden Curve ein Plateau. Diese Symptome nehmen während der Eiterung zu, bleiben während der Desquamation vorhanden und verschwinden manchmal in der Reconvalescenzperiode vollständig. Die im Endstadium der Variola auftretenden Herzaffectionen sind fast denen bei acutem Gelenksrheumatismus gleich. Die Erscheinungen bei Var. haemorrhagica entsprechen den bei Pyaemie und andern Infectionskrankheiten vorkommenden Herzgefässentzündungen.

Im Jahre 1874 kamen auf der Klinik Hebra's (**15**) unter 202 Variola-Kranken nicht weniger als 10 (3 M. + 7 W.) mit Purpura variolosa vor, die sämmtlich starben. In keinem dieser Fälle konnte im Gehirne oder Rückenmarke oder an deren Häuten irgend eine Haemorrhagie vorgefunden werden. (J. Neumann hatte in seinem Berichte aus der Epidemie 1872/73 die Behauptung aufgestellt, dass bei Var. haemorrhagica Trübungen und Extravasate des Rückenmarks und seiner Häute sowie der Intervertebralganglien in allen von ihm untersuchten Fällen vorhanden seien. Ref.)

Thomar hat neuestens wieder die Behauptung aufgestellt, dass der Inhalt der Varicellenbläschen, im Gegensatze zu den Variolapusteln, im Wesentlichen wenigstens als nicht inoculabel bezeichnet werden muss, und dass von ihm, sowie von Heim, Vetter, Czakert, Fleischmann u. A. unzweifelhafter Varicellenbläscheninhalt mit negativem Erfolge überimpft wurde. Dem gegenüber theilt Steiner (**16**) folgende Versuche mit:

Er sammelte von einem mit Varicella behafteten Kinde in zwei Glasphiolen aus ganz frisch aufgeschossenen, mit wasserklarem Inhalte gefüllten Bläschen Lymphe und impfte damit zwei Kinder,



welche verschiedenen Familien angehörten und in ziemlich weiter Entfernung von einander wohnten. Das eine Kind, A. K., ein vierjähriger sonst gesunder Knabe, war bereits 2 Jahre zuvor mit Kuhpockenlymphe geimpft und hat auf jedem Arme zwei strahlige Impfnarben; das zweite Kind, F. R., ein zweijähriges Mädchen war noch ungeimpft; sie sowohl wie der Knabe hatten die Varicella noch nicht überstanden.

Am 22. Jänner 1875, an demselben Tage, an welchem die Lymphe aus den Bläschen genommen wurde, machte Verf. bei den genannten Kindern mittelst einer gewöhnlichen Impflancette auf jedem Oberarme zwei Einstiche und inoculirte den Varicellenbläschen-Inhalt.

Am 23., 24. und 25. Jänner war an den geimpften Kindern durchaus keine auffällige Erscheinung wahrzunehmen, sie schliefen wie gewöhnlich gut, nahmen ihre Mahlzeiten wie früher mit sehr gutem Appetite, Pulsfrequenz und Temperatur zeigten durchaus keine Abweichungen vom früheren Verhalten. Die Impfstiche waren eingetrocknet und liessen nicht die geringste Spur einer Veränderung entdecken.

Am 26. Jänner meldete die Mutter des A. K., dass der Knabe in der Nacht etwas wärmer gewesen sei und unruhig geschlafen habe. St. verzeichnete am Morgen eine Temperatur (Achselhöhle) von 37·6° C. und eine Pulsfrequenz von 116, am Abend betrug die Temp. 38·0°, der Puls 120. Der Appetit war etwas geringer, sonst jedoch keine anderweitigen Störungen vorhanden.

27. Jänner. In der Nacht unruhiger, häufig unterbrochener Schlaf, die Temp. Morgens 37·8° C., der Puls 124, Temp. Abends 38·4° C., der Puls 132. Das Kind geht wohl herum, klagt jedoch über Müdigkeit in den Füssen, der Gesichtsausdruck ist etwas matter, der Appetit gering, Stuhl und Urin zeigen keine auffallenden Abweichungen.

28. Jänner. Temp. Morgens 38·2° C., Puls 126. Abends Temp. 38·6° C., Puls 130.

Der Knabe ist zeitweise hinfällig, rafft sich jedoch immer wieder auf um zu spielen, wenngleich die Spiellust nie lange anhält, die Klage über Mattigkeit in den Füssen wird häufiger vernommen, auch greift sich der Knabe öfter an den warmen Kopf, wenngleich bestimmte Schmerzen nicht angegeben werden. Appetit



ist sehr gering, dagegen der Durst merklich gesteigert, die Schleimhaut der Conjunctiva und der Mundrachenhöhle ist intensiver geröthet, die Impfstiche sind kaum mehr wahrzunehmen.

29. Jänner. Temp. Morgens 38·2⁰ C., Puls 124. Abends Temp. 39·2⁰ C., Puls 132.

Der Schlaf während der Nacht oft unterbrochen, der Knabe warf sich häufig hin und her. Des Tages über legte er sich öfter auf das Sopha und versuchte zu schlafen, was ihm jedoch nicht recht gelingen wollte. Die Röthe der Mund- und Rachenschleimhaut ist merklich stärker geworden, einzelne Schleimfollikel erscheinen stärker prominent.

30. Jänner. Temp. Morgens 39.8⁰ C., Puls 136. Abends Temp. 39·6⁰ C., Puls 132.

Nach einer unruhigen Nacht des Knaben bemerkte Verf. im Gesichte, am meisten jedoch am Rumpfe, namentlich an der Rückenfläche, dagegen nur spärlich an den Extremitäten zerstreut stehende hanfkorn- bis linsengrosse, vorherrschend mit wasserklarem, nur hie und da etwas gelblich gefärbtem Inhalte gefüllte und prall gespannte Bläschen, von denen die Mehrzahl einen schmalen rothen Hof hat. Zwischen diesen Bläschen finden sich ausserdem einzelne rothe punktförmige und roseolaartige Efflorescenzen. Auf der Schleimhaut des harten und weichen Gaumens sitzen einzelne linsengrosse, rothumsäumte, zarte Bläschen.

31. Jänner. Temp. Morgens 38·2⁰ C., Puls 128. Abends Temp. 38·0⁰ C., Puls 124.

Die Bläschen zeigen zumeist einen trüblichen, molkenartigen Inhalt und sind nicht mehr so prall gespannt, wie bei ihrem Auftreten, sondern etwas schlaffer; neben ihnen bemerkt man hie und da und zwar am reichlichsten an den Extremitäten frische Eruptionen von grösseren und kleineren Bläschen, sowie von vereinzelten rothen punktförmigen Erhabenheiten. Das Allgemeinbefinden des Patienten besser.

1. Februar. Temp. Morgens 37·8⁰ C., Puls 120. Abends Temp. 37·9⁰ C., Puls 124.

Während die zuerst aufgeschossenen Bläschen theils stark erschlafft, theils geplatzt und bereits in der Krustenbildung begriffen sind, finden sich hie und da, jedoch meist nur kleine, frisch entstandene Bläschen auf der Haut. Auch die Eruptionen auf der



Schleimhaut der Mundhöhle sind in der Rückbildung ziemlich weit vorgeschritten. Das übrige Befinden des Kindes ist besser.

2. Februar. An den Bläschen überall die Zeichen rascher Involution; während die jüngsten einen trüben, molkigen Inhalt mit Runzelung der Epidermisdecke zeigen, sind die älteren und ältesten zumeist in braungelbe oder braune Krüstchen umgewandelt. Neue Eruptionen sind bei genauer Prüfung der Haut nirgends mehr zu entdecken.

Die Krustenbildung ist eine allgemeine, einzelne derselben sind bereits stark eingeschrumpft und beginnen sich abzuheben.

Am 9. Februar, also 11 Tage nach Ausbruch des Exanthems nur noch schmutziggelbliche Pigmentflecken zu erkennen. Nur an zwei Stellen, wo grössere Bläschen sich entwickelt hatten, blieben minimale seichte Narben zurück.

In ähnlicher Weise, wie bei dem eben beschriebenen Impfversuche gestaltete sich der Erfolg und Verlauf der Inoculation auch bei dem zweiten, mit Kuhpockenlymphe noch nicht geimpften Kinde. Auch hier traten 4 Tage nach vorgenommener Inoculation leichte, jedoch allmälig ansteigende Fiebersymptome mit deutlicher Exacerbation am Abend und Remission am Morgen auf; auch hier zeigte sich vor Ausbruch des Exanthems eine stärkere Röthung der Mund- und Rachenschleimhaut, die Eruption der Varicellenbläschen erfolgte wie beim ersten Falle genau 8 Tage nach der Impfung, während die Florition und Involution des Exanthems sich ganz in der oben angedeuteten Weise und Raschheit abwickelte. Bezüglich des Exanthems selbst wäre nur zu bemerken, dass die Bläschen nicht so reichlich vorhanden waren, wie im ersten Falle, dass einzelne auf der Schleimhaut der Mundhöhle, an der innern Fläche der Schamlippen und im äusseren Gehörgange sassen, und dass die grössere Mehrzahl sich am Rumpfe, besonders an der Rückenfläche, spärlichere jedoch an den Extremitäten, im Gesicht und behaarten Kopfe entwickelt hatten.

Aus diesen und anderen Fällen folgert St.:

1. Der Inhalt der Varicellenbläschen ist bestimmt inoculabel, unter 10 Impfversuchen hatten 8 einen ausgesprochen positiven, dagegen nur 2 einen negativen Erfolg;

2. nach Ueberimpfung von Varicellenbläschen-Inhalt sah Verf. bei den geimpften Kindern stets nur wieder Varicellen und nie Variola entstehen;



3. das Incubationsstadium betrug bei allen mit Erfolg geimpften Kindern 8 Tage;

4. in 4 Fällen blieb der Gesundheitszustand der Kinder während der Incubation fast ganz unverändert und erfolgte die Eruption der Varicellenbläschen urplötzlich, ohne alle Prodromalsymptome;

5. viermal wurde ein scharf markirtes Prodromalstadium von viertägiger Dauer beobachtet. Steigerung der Temperatur und Pulsfrequenz mit deutlichen Exacerbationen am Abend und Remissionen am Morgen, unruhiger Schlaf, Mattigkeit, Appetitverlust und eine stärkere Röthung der Mundhöhlen- und Rachenschleimhaut bildeten die Symptome desselben;

6. die höchste Steigerung der Temperatur — wo solche vorhanden war — fällt gewöhnlich mit der Eruption zusammen;

7. die Defervescenz ist meist eine rasche und vollständige, intercurrente Steigerungen der Temperatur waren nur selten bei Aufschiessen frischer Bläschen;

8. die Vaccination bleibt durchaus ohne Einfluss auf die Form des Exanthems, unter den 8 mit Erfolg geimpften Kindern waren 5 geimpft, 3 nicht geimpft;

9. Varicella schützt nicht vor Variola, Verf. sah ein Kind 14 Tage nach Ablauf der Varicellen an Variola confluens zu Grunde gehen.

Wiehen (**17**) impfte ein einjähriges, vollkommen gesundes Kind mit einige Wochen alter Glycerinlymphe und machte an jedem Arme acht Impfstiche. Nach sieben Tagen hatten sich am rechten Arme nur zwei und am linken Arme nur eine Impfpustel entwickelt, während die übrigen Impfstiche kaum noch sichtbar waren. Erst nach weiteren fünf Tagen fanden sich noch fernere fünf, in der Entwicklung begriffene Impfblattern.

Verf. entnimmt aus diesem Falle, dass die Schutzkraft der vorgenommenen Vaccination nach 13 Tagen noch nicht eingetreten war, da sonst die zweiten fünf Pusteln, statt sich regelmässig zu entwickeln, hätten vorzeitig eintrocknen müssen. (Das kommt öfter vor. Ref.)

18. Loeb. Die Incubationsdauer des Scharlach. (Jahrbuch für Kinderheilkunde. 9. Bd. 2. Heft 1875).



19. **Clifford-Albutt.** Ueber die Todesarten in den ersten Tagen des Scharlachs. (The Lancet, 7. November 1874).

20. **Milton.** Fett-Einreibung als ein Mittel bei Masern. (Archives of Dermatology, Vol. I. Nr. 3. 1875).

21. **Chisolm.** Eisen in der Therapie des Erisypelas. (New-York medic. Journ. Okt. 1874).

22. **Koch.** Zur Aetiologie des Pemphigus neonatorum. (Jahrb. für Kinderkr., 4. Heft, 1875).

Loeb schildert (**18**) zwei Fälle von Scharlach, in denen er mit grösster Bestimmtheit die Infection und in Folge davon auch die Incubation nachweisen konnte.

Der eine betraf ein Kind, welches nach 48 Stunden schon erkrankte, während der andere bei einer erwachsenen Person eintrat, welche erst sechs Tage nach der Infection von der Erkrankung befallen wurde.

Der Scharlach nimmt, wie Clifford-Albutt (**19**) auseinandersetzt, in den ersten 2—3 Tagen einen tödtlichen Ausgang durch excessives Fieber, durch die specifische Blutvergiftung, durch Bösartigkeit des Falles oder durch Ohnmacht, resp. Schwäche der Circulation des Blutes. Das excessive Fieber im Beginne des Scharlachs zeigt keine Verschiedenheiten von dem Verhalten desselben bei anderen Krankheiten, z. B. beim Gelenksrheumatismus. Die excessive Temperatursteigerung geht häufig dem Ausschlage voraus. Die Hautoberfläche fühlt sich zuweilen gar nicht brennend an, manchmal eher kühl und erst das Thermometer, zumal im Rectum, belehrt über die vorhandene enorme Temperatursteigerung.

Alle Symptome, die man gemeinhin als directe Folge hoher Temperaturen anzusehen pflegt, namentlich Störungen im Nervensysteme, Delirium, Convulsionen, Coma können auch durch die scarlatinöse Blutvergiftung oder durch Urämie bedingt sein und können bei Anwesenheit excessiver Temperaturen fehlen. Verf. empfiehlt auf das Lebhafteste die Behandlung solcher Fälle mit hydriatischen Proceduren, Einpackungen, Bädern von 26° auf 17° R. abgekühlt.

Derselbe Symptomencomplex kann nun im Beginne des Scharlachs vorkommen, ohne dass die Temperatur 40° C. überschreitet,



einzig und allein hervorgerufen durch die scarlatinöse Blutvergiftung, welche noch rascher tödten kann, als das excessive Fieber. Man kann also unter Umständen, bei schweren nervösen Störungen, das Vorhandensein einer Temperatur von 41·0 und darüber als ein relativ günstiges prognostisches Zeichen ansehen. Das Erscheinen des Erythemes wird in diesen Fällen häufig, aber nicht immer, von einem Nachlasse der schweren nervösen Zufälle begleitet sein; eine Ausnahme machen aber die prognostisch ungünstig zu deutenden fleckigen, dunklen oder gar hämorrhagischen Exantheme.

Die Bösartigkeit der Fälle charakterisirt sich durch starken Kräfteverfall, Benommenheit des Sensoriums, starken Durst, Trockenheit der Zunge, unterbrochenen Schlaf, kurz durch die sogenannten „typhösen" Erscheinungen ohne excessive Temperatur. Die malignen Formen des Scharlachs enden erst nach längerer Dauer und nicht so häufig tödtlich, als die zwei früheren Formen.

Ebenso wie die Unterscheidung zwischen den Todesfällen durch Hyperpyrexie und durch specifische Blutvergiftung mit vorwaltender Betheiligung des Nervensystemes sehr schwer ist, so verschwommen sind die Unterschiede zwischen den malignen Formen mit typhoidem Gepräge und der letzten Form, die sich auch durch grosse Erschöpfung auszeichnet, der asthenischen oder syncopischen; der wesentlichste Unterschied liegt in dem vorwaltenden Ergriffensein des Herzens und der Circulation, das sich gewöhnlich erst nach Ablauf von 1—3 Tagen einstellt: Weichheit und grosse Frequenz des Pulses, Blässe des Gesichtes, Gefühl von gehemmter Athmung und Herzthätigkeit, Schweisse auf der Stirne, Kälte peripherer Theile, obwohl alle objectiv controlirbaren Symptome, inclusive der Temperatur, nicht beunruhigend sind. Es sind diese Fälle, meint der Verf., auf Vergiftung der Herzmuskulatur oder der Herznerven zu beziehen.

Milton empfiehlt (20) die von Schneemann bei Scarlatina anempfohlene Behandlungsmethode auch bei Masern. Die Behandlungsmethode besteht darin, dass man den ganzen Körper mit Schweinefett einreiben lässt. Obwohl nun M. glaubt, dass diese, Früh und Abends vorzunehmenden Einreibungen auch auf den Verlauf der Krankheit einen wohlthätigen Einfluss üben, so legt er doch das Hauptgewicht darauf, dass durch dieselben die Gefahr der Ansteckung von Seite des Kranken vermindert werde. Die Behand-



lung ist von unangenehmen Erscheinungen nicht gefolgt. (Ob wirklich dadurch die Infectionsgefahr für Andere vermindert werde, wie Schneemann und Milton vermuthen, ist nicht erwiesen. Ref.)

Chisolm (**21**) wendet bei Erisypel kein örtliches Mittel an, sondern gibt in allen Fällen die Tinctur von Ferrum muriaticum und zwar in der Menge von einer halben bis zu einer ganzen Drachme alle vier Stunden.

Verf. verwendet diess Mittel seit 15 Jahren und sah dabei oft schwere Anfälle von traumatischem Erisypel binnen 48 Stunden ablaufen, ebenso wurde das idiopathische Erisypel fast ohne Ausnahme rasch geheilt.

Koch (**22**) hatte schon früher (siehe diese Vierteljahrsschr. 1874, pag. 603) über 8 Fälle von Pemphigus neonatorum berichtet, welche derselbe Autor in Wiesbaden in der Praxis einer Hebamme innerhalb vier Wochen beobachtet hatte, und von welchen Fällen er die Meinung aussprach, es dürfte sich dabei um Uebertragung der Krankheit durch die Hände der Hebamme gehandelt haben. In einem neuerlichen Berichte lehnt Verf. ausdrücklich die Vermuthung ab, als ob dieser Pemphigus syphilitischen Ursprungs gewesen wäre.

Innerhalb zwei Jahren, welche mittlerweile verflossen, hat Verf. in der Praxis derselben Hebamme 23 neue Fälle von Pemphigus beobachtet, wahrscheinlich nicht alle, welche dieselbe veranlasst habe.

Bei einem mit Phimose geborenen Knaben, bei welchem die Hebamme mit den Genitalien zu thun hatte, traten die ersten Blasen an den Geschlechtstheilen und an der Innenfläche des Oberschenkels auf, ebenso sollen eine Erwachsene durch ein von der Hebamme benutztes Handtuch an den Händen, zwei stillende Mütter an den Brüsten inficirt worden sein.

Einmal, neben vielen negativen Resultaten, gelang es Koch 60 Stunden nach Ueberimpfung des Blaseninhaltes auf seinem eigenen Arme eine Blase zu produciren.

23. Kaposi. Beobachtungen einer zweiten, dritten und vierten Recidive von Herpes Zoster brachialis. (Medic. Wochenschr. Nr. 22 und 23, 1875 und Verh. Gesellsch. der Aerzte in Wien. 1875).



einzig und allein hervorgerufen durch die scarlatinöse Blutvergiftung, welche noch rascher tödten kann, als das excessive Fieber. Man kann also unter Umständen, bei schweren nervösen Störungen, das Vorhandensein einer Temperatur von 41·0 und darüber als ein relativ günstiges prognostisches Zeichen ansehen. Das Erscheinen des Erythemes wird in diesen Fällen häufig, aber nicht immer, von einem Nachlasse der schweren nervösen Zufälle begleitet sein; eine Ausnahme machen aber die prognostisch ungünstig zu deutenden fleckigen, dunklen oder gar hämorrhagischen Exantheme.

Die Bösartigkeit der Fälle charakterisirt sich durch starken Kräfteverfall, Benommenheit des Sensoriums, starken Durst, Trockenheit der Zunge, unterbrochenen Schlaf, kurz durch die sogenannten „typhösen" Erscheinungen ohne excessive Temperatur. Die malignen Formen des Scharlachs enden erst nach längerer Dauer und nicht so häufig tödtlich, als die zwei früheren Formen.

Ebenso wie die Unterscheidung zwischen den Todesfällen durch Hyperpyrexie und durch specifische Blutvergiftung mit vorwaltender Betheiligung des Nervensystemes sehr schwer ist, so verschwommen sind die Unterschiede zwischen den malignen Formen mit typhoidem Gepräge und der letzten Form, die sich auch durch grosse Erschöpfung auszeichnet, der asthenischen oder syncopischen; der wesentlichste Unterschied liegt in dem vorwaltenden Ergriffensein des Herzens und der Circulation, das sich gewöhnlich erst nach Ablauf von 1—3 Tagen einstellt: Weichheit und grosse Frequenz des Pulses, Blässe des Gesichtes, Gefühl von gehemmter Athmung und Herzthätigkeit, Schweisse auf der Stirne, Kälte peripherer Theile, obwohl alle objectiv controlirbaren Symptome, inclusive der Temperatur, nicht beunruhigend sind. Es sind diese Fälle, meint der Verf., auf Vergiftung der Herzmuskulatur oder der Herznerven zu beziehen.

Milton empfiehlt (20) die von Schneemann bei Scarlatina anempfohlene Behandlungsmethode auch bei Masern. Die Behandlungsmethode besteht darin, dass man den ganzen Körper mit Schweinefett einreiben lässt. Obwohl nun M. glaubt, [illegible] Früh und Abends vorzunehmenden Einrei[illegible] auch [illegible] lauf der Krankheit einen wohlthätigen [illegible] doch das Hauptgewicht darauf, dass d[illegible] Ansteckung von Seite des Kranken v[illegible]

ıg ist von unangenehmen Erscheinungen nicht gefolgt. Ob wirk-
h dadurch die Infectionsgefahr für Andere vermindert werde, wie
:hneemann und Milton vermuthen, ist nicht erwiesen. Ref.

Chisolm (21) wendet bei Erisypel kein örtliches Mittel an,
ndern gibt in allen Fällen die Tinctur von Ferrum [illegible]
var in der Menge von einer halben bis zu einer ganzen Drachme
le vier Stunden.

Verf. verwendet diess Mittel seit 15 Jahren [illegible]
ft schwere Anfälle von traumatischem Erysipel [illegible]
blaufen, ebenso wurde das idiopathische Erysipel [illegible]
ıahme rasch geheilt.

Koch (22) hatte schon früher [illegible]
pag. 603) über 8 Fälle von Pemphigus [illegible]
welche derselbe Autor in Wiesbaden [illegible]
innerhalb vier Wochen beobachtet hatte [illegible]
die Meinung aussprach, es dürfe [illegible]
Krankheit durch die Hände der Hebamme [illegible]
neuerlichen Berichte lehnt Verf. [illegible]
als ob dieser Pemphigus syphilitischen [illegible]

Innerhalb zwei Jahren, wurde [illegible]
in der Praxis derselben Hebamme [illegible]
beobachtet, wahrscheinlich [illegible]

Bei einem mit Phimose [illegible]
Hebamme mit den Genitalien [illegible]
an den Geschlechtstheilen [illegible]
auf, ebenso sollen eine [illegible]
benutztes Handtuch an den [illegible]
Brüsten inficirt worden [illegible]

Einmal, neben [illegible]
60 Stunden nach Ueber[illegible]
Arme eine Blase zu [illegible]

[illegible]



24. Wadsworth. Ein ungewöhnlicher Fall von Zoster ophthalmicus. (The Boston Medical and Surgical Journal. Vol. 42. Nr. 8. 1875.)

25. Sattler. Ueber das Wesen des Herpes Zoster ophthalmicus. (Sitzung der Ges. d. Aerzte in Wien, 29. Oct. 1875.)

26. Gruber. Herpes auricularis. (Monatsschrift für Ohrenheilkunde, Mai 1875.)

Kaposi hatte 1874 (siehe diese Vierteljahresschr. 1874 pag. 411 ff.). eine Zostererkrankung mitgetheilt, welche durch die Form, Anordnung und den Verlauf der Eruption, so wie durch die Ausdehnung des betroffenen Nerventerritoriums vor den bis dahin beobachteten Zosterformen sich auszeichnete. Später hatte Verf. (siehe ebenfalls daselbst) das bis dahin einzig dagestandene Factum mitgetheilt, dass bei derselben Kranken genau 56 Tage nach der letzten Eruption der ersten Erkrankung auf dem früher ergriffen gewesenen Hautgebiete eine Recidive des Zoster eintrat, welche in allen Symptomen, auch in dem Fortschreiten von der Peripherie gegen das Zentrum der ersten Erkrankung analog war, und nur in der Ausdehnung, Intensität und Dauer der früheren Eruption um Etwas nachstand. Verf. berichtet nun weiter, (**23**) dass bei der genannten Kranken auf dem bereits zweimal erkrankt gewesenen Territorium eine dritte Zostereruption aufgetreten ist, die demnach eine zweite Recidive darstellt.

Am 10. Juli 1874 war der letzte Bläschennachschub der ersten Recidive und der zweiten Erkrankung, Ende Juli die Heilung constatirt worden.

Fünf und ein halb Monate später, am 15. Jänner 1875, Nachmittags, stellte sich die Kranke wegen einer neuerlichen Erkrankung vor, welche am Morgen desselben Tages begonnen hatte.

Ueber den rechten Arm, die Schulter- und Brustgegend derselben Seite zerstreut, fanden sich die Spuren der vorausgegangenen zweimaligen Zostereruption in Gestalt von theils weissen und flachen, theils braunrothen, erhabenen und bis zu 2''' vorspringenden, leisten- oder wulstförmigen, harten, schmerzhaften, keloidartigen Narben, theils nur in Form von pigmentirten Streifen und Flecken.

Die neue Eruption befand sich auf der Rückenfläche des rechten Vorderarmes auf dessen unterem Drittel in Gestalt von

zwei je zweithalergrossen, an einander stossenden Scheiben, welche somit den ganzen Querdurchmesser der Dorsalfläche des Vorderarmes an der genannten Stelle occupirten. Die gegen den Ulnarrand grenzende Scheibe wurde durch eine gleichmässige, rothe, derbe, etwas vorspringende, scharf begrenzte, glatte Schwellung der Haut gebildet.

Der vordere, den Radialrand zum Theile überschreitende Fleck war ebenfalls erhaben, an der Oberfläche glatt und zeigte in seinem mittleren Theile eine durch die unversehrte Epidermisdecke durchschimmernde gelblich-grüne Verfärbung der tieferen Gewebslagen, während der peripherste Theil in der Breite von 2''' einen lebhaft rothen, glänzenden, gegen die gesunde Haut steil abfallenden, jene gelblich-grüne Verfärbung des Centrums einfassenden Saum darstellte.

Die afficirten Stellen waren schmerzhaft. Geringe Fiebererregung der Kranken.

Der weitere Verlauf gestaltete sich, wie in Folgendem verzeichnet:

16. Jänner. An der Stelle der (hinteren) rothen Scheibe ist die Haut blass-braunroth und eingesunken. Der vordere, gestern noch hämorrhagisch gefärbte Fleck ist heute pergamentartig vertrocknet, braun, eingeschrumpft. Der periphere Saum ist blass-braunroth, etwas vorgeschritten und mit 8—10 hirsekorngrossen, wasserhellen Bläschen besetzt.

Inzwischen sind im oberen Theile der Streckseite des Vorderarmes zwei parallel und quer über denselben laufende, zugleich etwas schief nach vorn und oben gegen den vorderen Cubitalrand aufsteigende, je 3—4''' breite, übrigens unregelmässig contourirte, scharfrandige, bändchenartige Streifen aufgetreten, deren Oberfläche glatt, im Ulnartheile gelblich-grün (hämorrhagisch), im Radialtheile lebhaft roth. Beide Farbennuancen gehen im mittleren Theile allmälig in einander über.

Vom Ulnarrande des unteren Streifens setzt sich ein etwa 1½'' langer und 2''' breiter, nach unten und über den Ulnarrand auf die Beugefläche des Vorderarmes übergreifender Streifen fort, dessen letzte Hälfte gelblich-grün verfärbt erscheint, während seine obere Hälfte lebhaft roth gefärbt ist.

Die neu afficirten Stellen sind schmerzhaft.

Zugleich klagt die Kranke über Schmerzempfindung in der Haut der Ellbogenbeuge und an der Innenfläche des Vorderarmes, ohne dass an diesen Stellen eine Veränderung an der Haut sichtbar wäre.



17. Jänner. Die scheibenförmigen Stellen pergamentartig eingetrocknet; ebenso die dortigen randständigen Bläschen vertrocknet. Dagegen hat sich die ulnarständige Scheibe durch eine über den Ulnarrand greifende, flach erhabene, mit buchtigen Rändern auslaufende Röthung vergrössert, auf welcher 2—3 Reihen concentrisch angeordneter, miliärer, wasserheller Bläschen.

Auf der inneren Fläche des Vorderarmes und längs des Ulnarrandes sind einzelne über 1″ lange und 1—2‴ breite, überdiess noch viele kleine und ganz unregelmässig situirte, theils gestreckt, theils in krummen Linien verlaufende Streifen aufgetaucht. Einzelne sind in Gänze, andere nur zum Theile hämorrhagisch, im Reste roth, andere durchwegs roth.

Auf der Streckseite des Vorderarmes, knapp oberhalb des obern grossen Querstreifens und nahe dem Cubitalrande ein zweithalergrosser, unregelmässig contourirter rother Fleck. Die grossen Querstreifen pergamentartig vertrocknet und eingesunken. Heftige Schmerzen in einer der über dem Biceps gelegenen, von der ersten Erkrankung herrührenden Narbe.

18. Jänner. Der gestern in der Nähe der Ellbogenbeuge aufgetauchte rothe Fleck hat sich über die letztere ausgebreitet, ist aber flach geblieben.

Die unterhalb desselben gelegenen zwei grossen, geschrumpften Querstreifen sind von einem schmalen, rothen, schmerzhaften Saume umfasst, auf welchem miliäre, wasserhelle Bläschen in zwei, stellenweise in drei Reihen angeordnet und dicht gedrängt aufgeschossen sind.

Am Vorderarme sind zwischen den alten Flecken und Streifen eine Menge theils gelb-grüner, theils rother Streifen und Flecke entstanden. Ein Streifen vom zweiten Tage der Eruption, der am Ulnarrande anfing, hat sich von da in einem unregelmässigen Bogen längs des Ulnarrandes fort und nach der inneren Fläche des Vorderarmes gewendet und beträgt über $4^1/_2$″ in der Länge bei nicht mehr als 2‴ Breite. Er ist im oberen Theile safrangelb bis gelb-grün und von hämorrhagischem Ansehen, während der am Vorderarme nach aufwärts gekehrte Endtheil in der Länge von 1″ als ein zart rosig angehauchter Streifen sich darstellt.

Ausserdem sind mehrere stecknadelkopfgrosse, theils einzeln, theils in Gruppen von zwei und drei nebeneinander gestellte, im Centrum dellig eingedrückte, von einem haarfeinen, rothen, erhabeneren Saume



begrenzte Schorfe zu sehen. Einzelne verschorfte oder eben hämorrhagische Streifen erscheinen von wasserhellen Bläschen eingesäumt.

Im Uebrigen ist die Schwellung der Extremität im Ganzen viel geringer und hat die Schmerzhaftigkeit abgenommen. Allgemeinbefinden und Beweglichkeit des Armes sind heute viel besser.

20. Jänner. Alle erkrankten Stellen pergamentartig vertrocknet. Der ganze Bläschensaum um die grossen Querstreifen, obgleich im Vertrocknen, doch noch als solche zu erkennen, indem die Reihen der Bläschen noch immer mit grieskornähnlicher Oberfläche die mittlere, eingesunkene, verschorfte Partie überragen.

Auf dem thalergrossen rothen Flecke der Ellbogenbeuge sind zahlreiche, dicht gedrängte Bläschen entstanden.

21. Jänner, Nachmittag. Schorf allenthalben im Abtrocknen, aber noch nirgends im Abstossen begriffen. Die Bläschen ebenfalls im Vertrocknen.

Auf der Volarfläche des unteren Theiles des Vorderarmes zwei heute Vormittag frisch entstandene, thalergrosse, am Rand rosettenartig ausgebuchtete Flecke, auf denen die Haut zart rosenroth erscheint. Die Epidermis ist glatt, nirgends emporgehoben oder verändert. Im mittleren Theile der Flecke findet sich eine offenbar tief unter der Epidermis (im Papillarstratum) gelegene und als eine eben entstandene Hämorrhagie zu deutende, bläulich-grünliche Verfärbung in der Ausdehnung einer grossen Linse. Die Stellen sind sehr schmerzhaft.

22. Jänner. Keine neuen Nachschübe. Die gestrigen, rosettenförmigen Flecke nicht verändert, nur etwas blässer und die Epidermis etwas trockener aber glatt. An den übrigen Stellen die Schorfe pergamentartig vertrocknend, die Bläschensäume zu gelblichen Krüstchen verwandelt, die die Schorfe überragen. Die Bläschen auf dem rothen Flecke der Ellbogenbeuge sind viel zahlreicher geworden, aber doch schon getrübt oder im Vertrocknen begriffen.

Von diesem Tage angefangen ist kein neuer Nachschub gekommen. Die Schorfe haben sich von den Rändern her allmälig in Form von lederartig welken Streifen abgehoben, seicht deprimirte, bläulich-rothe Narben zurücklassend.

Am 15. Februar waren die letzten zwei grossen Streifen in Ablösung begriffen.

Die Behandlung war indifferent.



Am 8. Juni dieses Jahres, d. i. beinahe vier Monate nach der letzten Eruption, der zweiten Recidive (15. Febr.) stellte sich die Kranke mit einem neuen Ausbruche, demnach der dritten Recidive ihres Zoster vor.

Am 6. Juni Nachmittags war bei derselben ohne vorausgegangenes Unwohlsein Frost mit nachfolgender Fieberhitze eingetreten. Am 7. fühlte sie sich besser. Nur machte sich an dem wiederholt erkrankt gewesenen rechten Arme mässiges Jucken bemerkbar.

In der Nacht vom 7. zum 8. trat auf der Beugefläche des rechten Vorderarmes heftiges Brennen, Röthung und Schwellung ein. Nachmittags folgender Status:

Auf der rechten Oberextremität, Schulter- und Brustgegend, noch allenthalben zerstreut die Spuren der vorausgegangenen Erkrankungen, in Gestalt von theils flachen, weissen, glänzenden, theils rothbraunen, wulstigen, derben, bis 3''' hervorragenden und bei Druck äusserst schmerzhaften (keloidartigen) Narben, theils nur in Form von blass- bis dunkelbraunen Pigmentflecken.

Von den keloidartigen Narben ist eine besonders auffällig, welche leistenförmig, in der Breite und Höhe von etwa $1^1/_2$''', über drei Viertel des Vorderarmumfanges, das ist die ganze Streck- und einen Theil der Beugefläche bändchenartig umschlingt und an der Beugefläche in einen pigmentirten Streifen ausläuft.

Die allgemeine Decke der Beugefläche des Vorderarmes vom Ellbogenbug bis nahe an das Handwurzelgelenk gleichmässig rosenroth, mässig geschwellt, schmerzhaft. Die so afficirte Haut mit zahlreichen, miliären bis schrottkorngrossen, wasserhellen Bläschen besetzt, welche theils isolirt oder in kleineren Gruppen und Haufen, zum grössten Theile in Streifen, kleinen Bogenlinien und geschlossenen kleinen Kreisen angeordnet erscheinen. Viele der isolirten Bläschen oder der kleinen Bläschenhaufen zeigen eine seichte, blasse oder gelblich-grün verfärbte, centrale Depression. Hart am Ulnarrande der Vorderarmfläche ein gelblich-grün verfärbter Schorf, der von einem Kranze wasserheller Bläschen eingesäumt wird. Heftiges Brennen im Bereiche der afficirten Hautpartie.

Am 7. Juni Morgens die Röthe geschwunden, die Haut blass, die Bläschen-Eruption deutlich. Keine neue Eruption.

Den 9. Juni eine neue reichliche Eruption von Bläschen und Bläschengruppen auf der mässig gerötheten Haut der Streckseite

des Oberarmes. In der Nähe des Ellbogens war ein bei thalergrosser Haufen theils geplatzter und nässender, theils grüngelb verschorfter Bläschen. Der Plexus brachialis in der Fossa supraclavicularis dextra fühlte sich geschwellt an und war bei Druck äusserst schmerzhaft, wobei die schmerzhafte Empfindung längs der Innenfläche des Oberarmes bis in die Nähe des Ellbogens sich fortsetzte.

Von diesem Tage an sistirten die Eruptionen. Die Bläschen vertrockneten allmälig. Nach weiteren vier Monaten (October 1875) trat nun eine vierte Recidive auf.

Die erste Recidive hatte das ganze zuerst ergriffene Nervengebiet betroffen. Die zweite und dritte beschränkte sich auf den Vorder- und Oberarm. Die vierte trat am 20. October mit Bläschenbildung und folgender Gangrän über dem Akromion auf. Es folgten Eruptionen längs des Scapularrandes, über dem siebenten Hals-, dem ersten und zweiten Brustwirbel, und eine neue Eruption über der sechsten Rippe vorne. Man sieht über der rechten Schulter neben mehreren kleinen einen zweithalergrossen Schorf, über der sechsten Rippe frische Bläschen zu grossen Gruppen gehäuft, darunter bereits viele gelbgrün verschorft. Bei Druck zeigte sich in den letzten Tagen die Gegend vom siebenten Hals- bis zum sechsten Brustwirbel sehr schmerzhaft. (Im Monat December ist, wie wir vernehmen, eben wieder eine Recidive auf dem rechten Knie mit heftiger Ischialgie derselben Seite aufgetreten. Ref.)

Wadsworth berichtet (24) über einen Fall von Herpes Zoster ophthalmicus, der dadurch bemerkenswerth war, dass das Auge frei blieb, trotzdem die ganze Nasenseite befallen war. Da auch die Nasenschleimhaut verschont blieb, so hält W. es für wahrscheinlich, dass der Nervus nasociliaris nicht erkrankt war und der Nasenrücken in Folge einer Anomalie in der Vertheilung der Nerven von einem anderen Nerven als gewöhnlich versorgt wurde.

Nachdem Sattler (25) darauf hingewiesen, dass bei Erkrankungen an Herpes Zoster im Bereiche des N. trigeminus fast ausnahmslos der erste Ast desselben, der Ramus ophthalmicus befallen werde, nachdem er ferner auf die zuerst von Hebra constatirte Häufigkeit der Coincidenz von Zostererkrankungen im Gebiete des Ramus ophthalmicus mit Erkrankungen des Auges aufmerksam gemacht — unter 106 Verf. bekannten Fällen von solchen Herpes Zoter



waren 45 Mal Augenaffectionen beobachtet worden — geht er an die Beschreibung eines von ihm genau beobachteten und später anatomisch untersuchten derartigen Falles.

Derselbe betraf ein 85jähriges marastisches Individuum, das 14 Tage vor seiner Aufnahme in Folge Einathmens von Kohlenoxydgas in soporösem Zustande in seinem Zimmer aufgefunden wurde. Zum Bewusstsein gebracht, zeigte es die 3 ersten Tage nach diesem Vorfalle keine besonderen Veränderungen. Am 4. Tage trat eine Neuralgie im Bereiche des rechtsseitigen N. frontalis und einige Tage darauf Anschwellung an der Stirne auf, an welche sich die Zoster-Eruption in später zu erwähnender Ausbreitung anschloss. Gleichzeitig mit der ersten Eruption traten Sehstörungen auf. In Bezug auf das vorliegende ätiologische Moment der in Rede stehenden Erkrankung macht Verf. darauf aufmerksam, dass Kohlenoxydgasvergiftung bereits von anderen Autoren als solches constatirt werden konnte, und dass auch nach längerem Gebrauche von Arsenik das Auftreten von typischem Herpes Zoster beobachtet wurde.

Bei der Aufnahme zeigten sich die meisten Eruptionen zerfallen, an der Stelle derselben befanden sich Borken, nach deren Ablösung sich Geschwüre darboten. Die Eruptionen fanden sich an der Stirne, am Nasenflügel, an den Augenlidern, vereinzelt auch gegen die Schläfe hin. Was das Auge anlangt, so bemerkte man an der sonst reinen Cornea ein kleines, flaches Geschwür, an der hinteren Wand derselben zahlreiche Präcipitate, die Iris geschwellt, verfärbt, und mit dem Augenspiegel liess sich eine Trübung der durchsichtigen Medien constatiren, welche die Untersuchung des Augengrundes unmöglich machte. Der Kranke befand sich in den ersten Tagen ganz wohl, später wurde er soporös und starb 5 Tage nach der Spitalsaufnahme.

Bei der Section fanden sich im Gehirne, in den Lungen und in den Nieren hochgradige atrophische Zustände, chronische Cystitis, Prostatahypertrophie. Die harte Hirnhaut war verdickt, die Gefässe des Gehirnes erweitert. Der N. trigeminus dexter fühlte sich weicher, succulenter an. Das Ganglion Gasseri der erkrankten Seite war succulenter als normal, grauröthlich — normale Farbe: blassgelblich — dabei aber fand sich weder um das Ganglion, noch am Trigeminus eine Spur eines Extravasates. Bei näherer Untersuchung fanden sich der zweite und der dritte Ast nach ihrem Austritte aus dem Ganglion vollkommen normal, dagegen war der erste Ast rundlich,

succulent, grauröthlich, seine Bündel wie auseinandergedrängt, und eine ähnliche Beschaffenheit boten die Aeste des Ophthalmicus dar, so weit sie in der Orbita verfolgt werden konnten. Das Ganglion ciliare war grau (normaler Weise gelblich), seine Umgebung verdickt.

Zur Schilderung des mikroskopischen Befundes übergehend, spricht sich Verf. zuerst über den Bau der Ganglien aus, wobei er sich auf Grundlage eigener Untersuchungen zu der von den meisten Autoren vertretenen Ansicht bekennt, dass die grössere Mehrzahl der Ganglien unipolar seien, und dass jene, welche als multipolare bezeichnet werden müssen, ihre Fortsätze sämmtlich nach der Peripherie — nicht rückläufig zum Centralorgane — aussenden.

Die mikroskopisch nachweisbaren Veränderungen im Ganglion Gasseri bestanden in Infiltration des interstitiellen Bindegewebes mit Rundzellen, in bis zum gänzlichen Zerfalle gediehener regressiver Metamorphose der Ganglienzellen, Umwandlung des die Ganglienzellen umgebenden Epithels in eine homogene, zusammenhängende trübe, von der Wand abgehobene Masse; endlich in Degeneration von Nervenfasern, die bis zur Unkenntlichkeit der letzteren gediehen war. Dabei ist jedoch zu bemerken, dass die oben angeführten Veränderungen nur jene Partie des Ganglion Gasseri betrafen, welche zur Bildung des ersten Astes beiträgt, während die übrigen Antheile fast vollkommen normal befunden wurden. Ferner, dass in dieser erkrankten Partie nur die aus dem Ganglion selbst entstehenden Nervenfasern, nicht die dasselbe durchsetzenden Trigeminusfasern degenerirt waren. Im Ganglion ciliare waren die Ganglienzellen ziemlich intact, das Bindegewebe desselben auf's Reichlichste mit Rundzellen infiltrirt; die eintretenden Nervenäste ziemlich reich an degenerirten Fasern. Noch mehr waren die austretenden Ciliarnerven erkrankt und zwar bis in ihre letzten Verästelungen hinein, um so intensiver, je näher dem Ganglion sie lagen.

Was die Erkrankungen des Auges betrifft, so fand sich die Cornea nicht verändert, die Iris in drei Quadranten reichlich von rothen Blutkörperchen durchsetzt, eben so der vordere Abschnitt der Ciliarkörper, während die hinteren mit Rundzellen infiltrirt waren. Chorioidea und Glaskörper zeigten eine reichliche Rundzelleninfiltration, Retina und N. opticus liessen keine Veränderungen wahrnehmen.

An diese Beschreibung des anatomischen Befundes knüpfte Verf. die Bemerkung, dass gegenwärtig zwei Anschauungen bezüglich der



Erklärung des Causalnexus der einzelnen Erscheinungen der besprochenen Erkrankung bestehen. Nach der ersten, von Snellen vertretenen, soll sich auf dem Wege der descendirenden Neuritis die Entzündung vom Ganglion auf die Endausbreitungen der Nerven in der Haut und im Auge fortpflanzen, analog der auf retrobulbäre Neuritis folgenden Retinitis; nach der anderen Vorstellung soll es sich um eine Erkrankung specifischer (trophischer) Nerven handeln. Die Snellen'sche Ansicht kann für den vorliegenden Fall nicht geltend gemacht werden, da die Neuritis gegen die Peripherie hin mehr und mehr abnahm, so dass an eine Fortpflanzung der Entzündung von den Nerven auf die Haut und das Auge nicht gedacht werden kann. Dagegen dürfte wohl bei der durch die Untersuchung constatirten Intaktheit der das Ganglion durchsetzenden Trigeminusfasern im Gegensatze zu den bedeutenden Veränderungen, welche an den aus dem Ganglion entspringenden Fasern nachgewiesen werden konnten, die Anschauung berechtigt sein, dass die Störung, respective der Ausfall der uns allerdings unbekannten Function dieser aus dem Ganglion entspringenden Fasern als eigentliche Ursache der Zoster-Erkrankung anzusehen sei. Verf. stellt sich vor, dass diesen gangliösen Fasern vielleicht ein gewisser regulatorischer Einfluss zukomme auf diejenigen Gefässe, welche keine Muskulatur besitzen, also auf jene Gefässe (Capillaren, procapillare Venen), welche bei der Entzündung eine so grosse Rolle spielen, eine Ansicht, welche in den Untersuchungen von Klein in London, der anatomisch den Nachweis geliefert hat, dass diese Gefässe Nerven besitzen, eine gewisse Stütze findet.

Nach Gruber (**26**) entwickelt sich die Bläschenflechte am Ohre nur sehr selten idiopathisch (unter circa 20.000 Fällen fünfmal beobachtet). Der Herpes auricularis erscheint als eine acute, fieberhafte Erkrankung mit Gruppen von Bläschen bei bedeutendem Schmerze. Die Schmerzen gehen häufig der Eruption voraus und strahlen meistens von dem Sitze der Erkrankung auf die Umgebung aus. Ein Zusammenhang des Herpes mit einzelnen Hautnerven ist deutlich nachweisbar und bei dem Ohre vor Allem mit dem N. auricularis magnus und N. tempor. superf. rami III. Trigemini. Die Efflorescenzen sind an der oberen Hälfte der Ohrmuschel viel reichlicher als an der unteren Hälfte; die hintere Muschelfläche bleibt



fast immer verschont. Das Stadium eruptionis erreichte in einem Falle eine Dauer von 20 Tagen. G. fand in 2 Fällen auch den äussern Gehörgang vom Herpes befallen und zwar zeigte sich der äussere Gehörgang, nachdem einige Tage vorher Fieber und Schmerz aufgetreten waren, durch eine kugelige Blase vollkommen abgeschlossen, wahrscheinlich ein Convolut mehrerer Herpes-Bläschen. Der Ausgang des Herpes ist immer die Genesung. Als Therapie empfiehlt G. Hebra's Diachylonsalbe zur Bedeckung der erkrankten Partieen und Adstringentia für den äusseren Gehörgang.

27. **Münchmeyer.** Einiges über die Urticaria. (Berl. klin. Wochenschrift. Nr. 20, 1875).
28. **Coulaud.** Erythema papulatum und Rheumatismus. (Arch. génér. de médec. Jänner 1874).
29. **Kinnicutt.** Peliosis rheumatica (Purpura rheumatica). (Archives of Dermatology. Vol. I. Nr. 3. 1875).
30. **Scheby-Buch.** Gelenksaffectionen bei den hämorrhagischen Erkrankungen und einige seltene Vorkommnisse bei denselben. Nach Beobachtungen aus dem allgemeinen Krankenhause zu Hamburg. (Deutsch. Arch. f. klin. Medic. 14, 1874.)

    Derselbe. Nachtrag zu diesem Aufsatze. (Ebenda.)
31. **Henoch.** Ueber eine eigenthümliche Form von Purpura. Nach einem in der Berliner medic. Gesellschaft am 13. November 1874 gehaltenen Vortrage. (Berl. klin. Wochenschrift 1874. Nr. 51.)

Münchmeyer geht von dem Grundsatze aus (27), dass die Urticariaerkrankung in zwei Gruppen getheilt werden muss. Die eine wird durch äussere Einflüsse, die andere durch „Idiosyncrasie“ hervorgerufen. Während für die erstere Verf. annimmt, dass sie durch Zerreissung capillärer Hautlymphgefässe entsteht, weiss er für die letztere keinen tieferen logischen Grund anzugeben. Für die Entstehung der ersteren Krankheitsform hat M. ein Experiment angegeben, welches er häufig an sich selbst ausgeführt hat.

Es ist dies einfach eine subcutane Injection mit destillirtem Wasser. So oft Verf., nach seiner Ansicht, mit der Injectionsnadel ein feines Lymphgefäss angestochen hatte, (? Ref.) sah er, dass sich



oberhalb der Injectionsstelle mit ausserordentlicher Schnelligkeit während des Injicirens selbst, also im Verlaufe von kaum einer Secunde eine oder mehrere, ziemlich unregelmässig begrenzte, sehr grosse und intensiv juckende Quaddeln erhoben. Dies also die Ursache für die „Urticaria ab irritamentis externis". Als eine gleichfalls durch äussere Einflüsse hervorgerufene Urticaria führt Verf. einen Fall an, in welchem ein junger, kräftiger Soldat, so oft er sich der Kälte oder dem Winde aussetzte, eine Urticaria-Eruption im Gesichte bekam, welche aber nach 24 Stunden schon vollständig geschwunden war, sobald derselbe sich diesen schädlichen Einflüssen entzogen hatte.

Während bei dieser ersten Gruppe der Urticariaerkrankung die ganze Affection in dem Auftreten des Exanthems besteht, dürfte bei der zweiten Gruppe das Exanthem bloss ein nebensächliches Symptom sein und die Grund-Krankheit in einer inneren Affection zu suchen sein.

Verf. sucht die gemeinsame Ursache der zweiten Gruppe von Urticariaerkrankungen in einer directen Reizung der Nervenendigungen in den Schleimhäuten der Unterleibs- und Beckenorgane, welcher Reiz auf reflektorischem Wege auf die Bahnen des vasomotorischen Nervensystems übertragen wird und mittelst dieser zu einer Erschlaffung der Wandungen der feinsten Cutisgefässe führt. Ganz in derselben Weise liesse sich auch das Auftreten der Urticaria bei jenem oben angeführten Soldaten erklären.

Coulaud (28) berichtet über 10 Fälle aus eigener und fremder Beobachtung, in denen unter mässigen oder nur geringen Fiebererscheinungen auf dem ganzen Körper oder auf einzelnen Stellen, insbesondere auf Gesicht und Extremitäten geröthete, über das Niveau der Haut hervorragende Flecken von Linsengrösse bis zu 2 Cm. und noch mehr im Durchmesser ausbrachen und gleichzeitig oder kurz vor oder nach dem Ausbruche des Exanthems Gelenksschmerzen, auch wohl mit mässiger Anschwellung und mit Erguss im Gelenk eintraten. Die Röthe jener erhabenen Flecken liess sich wegdrücken, die Flecken flossen häufig in einander, bestanden verschieden lange Zeit und endeten gewöhnlich mit kleienförmiger oder mehr grossblättriger Abschuppung. Doch zog sich in einigen Fällen das Exanthem durch Nachschübe in die Länge, selbst bis zur



Dauer von einigen Wochen. Die Gelenksaffectionen betrafen meist die Knie- und Fussgelenke. Mehreremale wurden am Herzen, bald an der Basis, bald an der Spitze, systolische, wie es scheint sogenannte unorganische Geräusche wahrgenommen, einmal auch pericarditisches Reiben, ferner wurde einige Male Pleuritis als Complication beobachtet, sowie Albuminurie. Die letztere war in einem Falle sehr beträchtlich und von allgemeiner Anasarca begleitet, endete übrigens wie alle anderen Fälle günstig. Auch Conjunctival-, Pharynx- und Larynxkatarrhe begleiteten das Exanthem in einzelnen Fällen. Verf. betrachtet das papulöse Exanthem als einen „symptomatischen Ausdruck des Rheumatismus", wie es scheint hauptsächlich mit Rücksicht auf die Gelenkschmerzen. (Aehnliche Beobachtungen sind schon oft gemacht worden. Die Peliosis rheum. Schönlein's und andere mit Blutaustritt verbundene Affectionen sind übrigens, wie Ref. glaubt, vom einfachen Erythema papul. nur gradatim unterschieden und ebenfalls oft mit ziehenden Schmerzen verbunden. Ref.)

Auch Kinnicutt theilt (**29**) drei Beobachtungen von Peliosis rheumatica mit. Eine von Traube herrührende ist folgende: Ein 39jähriger Kunsttischler mit linksseitigem Pyo-Pneumo-Thorax hat nach einem anstrengenden Krankenwart-Dienste Oedeme der Gliedmassen mit über den ganzen Körper (Brust und Gesicht ausgenommen) verbreiteten, namentlich an den Extremitäten zahlreich vertretenen Petechien und Gelenkschwellungen bekommen. Unter fortwährend sich entwickelnden Hämorrhagien in der Haut starb der Kranke nach drei Wochen. Bei der Obduction fand man in den während des Lebens schmerzhaften Gelenken mehr weniger reichlich eine farblose, viscide Synovia; die Synovialhaut war stellenweise blass und ödematös, stellenweise injicirt und mit theils frischen, theils blassbraunen Extravasationen versehen. — Nach Wilson wird folgender Fall mitgetheilt: Ein 42 Jahre alter Kaufmann, im Bureau stark angestrengt und auch sonst nicht gesund, fühlte mit einem Male Schmerzen in der Brust, dem Rücken, der Achsel und in der Hüfte, worauf sich bald Steifigkeit einstellte. Nach 10 Tagen traten Petechien und Vibices an den unteren Gliedmassen auf, die nach weiteren 6—7 Wochen schwanden; Patient schien genesen. Sechs Wochen später erschien eine ähnliche Eruption, nachdem ähnliche Prodrome vorausgegangen waren; auch die Dauer des Cyclus stimmte

mit der des früheren überein. Die Gelenke waren geschwollen und empfindlich und Patient behauptete, immer eine neue Eruption von Petechien voraussagen zu können, wenn er den Schmerz in den Gelenken zunehmen fühle. — Endlich Kinnicutt's Fall:

Am 16. Februar 1874 gelangte die 13jährige Hannah O., ein kachektisches, blasses Kind, dessen Mutter an acutem Gelenksrheumatismus starb und dessen Vater als Phtisiker lebt, in des Verf.'s Beobachtung. Das Kind litt vor einigen Jahren an typhoidem und im letzten Herbst durch einige Wochen an intermittirendem Fieber. Vor fünf Wochen verspürte es Kältegefühl, Kopfschmerz und Schmerzen in den grossen Gelenken und noch am Abende desselben Tages war es Bewegungen auszuführen nicht mehr im Stande. Mit Zunahme der Schmerzen in den sonst nicht geschwollenen Gelenken traten in der Haut daselbst dunkle rothe Flecke auf; am nächsten Tage verminderten sich Schmerzen und Steifigkeit in den Gelenken, neue Eruption trat nicht hinzu. Sieben Tage später erschien nach genau denselben Prodromen dieselbe Eruption, um nach 24 Stunden, wie das erste Mal, nachzulassen. Seit damals hatte das Mädchen an jedem folgenden siebenten Tage einen mit dem ersten in jeder Beziehung gleichen Anfall zu überstehen. Am 16. Februar constatirte der Verf. bei dem schlecht aussehenden Mädchen, das ein lautes systolisches Geräusch, namentlich intensiv der Herzspitze entsprechend wahrnehmen liess, verschieden grosse, hauptsächlich die vordere äussere Fläche der unteren Extremitäten occupirende, über die Haut nicht hervorragende und bei Fingerdruck nicht verschwindende, theils dunkelrothe, theils gelbliche Flecke. Wohlbefinden; kein Fieber. Täglich 10 Gran Chinin, Leberthran, Eisen. Am 22. Februar, am 29. Februar und am 8. März beobachtete Verf. selbst dieselben Anfälle sich in ähnlicher Weise wiederholen. Die Schleimhäute waren nicht ergriffen, die Untersuchung des Urins ergab ein negatives Resultat. Am letztgenannten Tage Chinin ausgesetzt und dreimal täglich 2 Tropfen T. Fowler. gereicht; Eisen und Leberthran beibehalten. Bis zum 6. April erschien kein neuer Anfall wieder, das Mädchen erholte sich zusehends.

Verf. schliesst aus diesen Fällen, dass Purpura simplex von Purp. rheumatica durch die Gelenksschmerzen verschieden und als eine andere Krankheit anzusehen sei; desgleichen statuirt er die Nicht-Identität von Purp. rheum. und Erythema nodosum. Der



Bohn'schen Embolie-Hypothese gegenüber scheint sich Verf. skeptisch zu verhalten.

Ausführlich behandelt den Gegenstand ferner Scheby-Buch (**30**), der alle während eines Zeitraumes von 41 Jahren (1833—74) vorgekommenen Fälle von Purpura simplex und haemorrhagica, sei es mit, sei es ohne Gelenksaffectionen, sowie alle Fälle von Scorbut gesammelt hat, denen er dann die in der Literatur befindlichen analogen hinzufügte. Es zeigte sich, dass alle hämorrhagischen Krankheitsformen, Purpura simplex, Purpura haemorrhagica und Scorbut (welche Krankheiten Verf. nur als graduell unter einander verschieden betrachtet) nicht selten mit Gelenksaffectionen verbunden sind, sowie auch hie und da mit leichteren oder schwereren Gastro-Intestinalleiden, bisweilen auch mit Urticaria und endlich mit Wechselfieber. Nur in vier Fällen aus dem ganzen Materiale, Scorbut inbegriffen, fanden sich Venenthrombosen, was gegen Bohn's Annahme einer embolischen Krankheit bei Purpura spricht.

Die Ergebnisse der wenigen bisher angestellten Sectionen sind nach Verf. folgende:

In Bezug auf die Verdauungsorgane war in einem Falle die Serosa des Magens ecchymosirt und im Darme Blut, in einem anderen zeigten sich Sugillationen im Colon descendens und scorbutische Geschwüre daselbst; in einem dritten war im Colon ascendens eine beträchtliche blutige Suffusion der Schleimhaut. In Bezug auf die Gelenksaffectionen existirt nur ein Sectionsbefund über einen Fall von Peliosus rheum. aus der Traube'schen Klinik. (Siehe oben.) Hier fand sich eine Injection der Synovialmembran mit vermehrter Ausscheidung und Trübung von Synovia in den während des Lebens befallenen Gelenken. Aehnlich ist der Befund in den wenigen letal verlaufenen Fällen von Scorbut.

Verf. macht aus Allem dem den Schluss, dass die Gelenksaffectionen bei den verschiedenen hämorrhagischen Erkrankungen ebenso wie bei anderen, der Haut angehörigen Krankheiten (Erythema papul., nodosum (siehe oben), ferner Scharlach, Pocken u. s. w. als Complicationen der Grundkrankheit anzusehen sind. Dadurch ist die Annahme, dass Peliosis rheum. etc. als anomale Form des acuten Gelenksrheumatismus anzusehen sei, entschieden ausgeschlossen.

Ueber rheumatoide Affectionen bei Hämatosen der Haut berichtet übrigens auch Henoch (**31**), der bei Kindern rheumatoide Schmerzen in den verschiedensten Gelenken auftreten sah, denen sich zuweilen Steifigkeit und Schwerbeweglichkeit derselben hinzugesellte. Darauf erscheinen an verschiedenen Stellen des Körpers, besonders am Abdomen und den unteren Extremitäten, zuweilen auch an der Brust und den oberen Extremitäten, niemals aber im Gesichte Hauthämorrhagien in Form von Petechien oder Ecchymosen, selbst sogar von grösseren Blutextravasaten. Ferner ist hiermit immer ein Ergriffensein des Intestinaltractus verbunden: kolikartige Schmerzen, Aufgetriebensein des Bauches, grünliches oder galliges Erbrechen, Tenesmus und immer grösserer oder geringerer Blutverlust durch den Darm. Die Krankheit macht immer Remissionen; nach einem Intervall von einigen Tagen treten die Symptome von Neuem auf und recidiviren zuweilen so oft, dass bis zur völligen Wiederherstellung, die in H.'s Fällen immer eintrat, selbst 3 Monate vergingen. Fieber ist, wenn überhaupt, nur in mässigem Grade vorhanden und hat 38·8° niemals überstiegen.

32. **Cheadle.** Acne rosacea. (The Practioner, Juli 1874).
33. **Thin.** Goa-powder und Poh di Bahia gegen Eczema marginatum. (Practioner, Juli 1875).
34. **Clemens.** Zur Behandlung der Krätze. (Allgem. medicin. Centralztg. Nr. 98. 1874).
35. **Evans.** Pruritus formicans bei Schwangern, mit Abortus. (Amer. Journ. of medic. science. 137. 139—141, 1875).

Cheadle empfiehlt (**32**) bei Acne rosacea den Faradischen Strom als gutes Mittel (vier Fälle). (Ref. hat ihn ebenfalls in zwei Fällen gänzlich ohne Erfolg angewendet).

Thin (**33**) behauptet, dass beide Goa-Pulver eine der hartnäckigsten (? Ref.) parasitären Hautkrankheiten — das Eczema marginatum Hebra's oder den birmanischen oder chinesischen „Ringworm" der Engländer zu heilen im Stande sei. Th. verficht nämlich die Eigenart des E. marginatum; nur das seltene (? Ref.) Vorkommen dieser Krankheit in Europa entschuldige, wenn man dieselbe zu Herpes tonsurans zählt; durch Beobachtungen in China wird man nicht nur



von der Wirksamkeit der erwähnten Pulver überzeugt, sondern auch belehrt, dass das E. marginatum mit dem Herpes tonsurans nicht zu identificiren sei. (Dass E. marginatum eine Combination von Eczem mit Herpes tonsurans sei, ist seit Pick's Arbeit [dieses Archiv, 1869] über allen Zweifel erhaben. Ref.) Nach Th.'s Ansicht ist das E. marginatum von dem gewöhnlichen „Ringworm" nicht nur durch objective Charaktere unterschieden, sondern auch durch schwere Heilbarkeit und häufiges Recidiviren. Hierauf wird ein Fall von E. marginatum mitgetheilt, in welchem Poh die Bahia und das ihm ähnliche (mit ihm identische? Ref.) Goa powder Erfolg gehabt hatte und in dem nach einer neuen Ansteckung Th. auch die von ihm erprobte Wilkinson'sche Salbe von guter Wirkung fand; der Patient zog Poh di Bahia, als ein weniger belästigendes Heilmittel, vor.

Clemens gibt (**34**) folgende Einreibung als Mittel gegen Scabies an:

Ac. arsenic. *0·05*
Kali carb. *1·0*
Spir. sapon. *10·0*
Aq. font. *100·0*
Täglich zweimal einzureiben.

Evans (**35**) berichtet folgenden Fall: Im Verlauf des 6. Schwangerschaftsmonates stellte sich bei einer 23jährigen Erstgeschwängerten im Anschluss an eine leichte bald vorübergehende Indigestion ein überaus heftiger Pruritus formicans allabendlich ein, bis nach 4 Wochen ohne nähere nachweisbare Ursache die Geburt eines lebenden gesunden Kindes von $3^1/_3$ Pfund erfolgte. Darnach gesund, erkrankte Patientin auch in der 2. und 3. Schwangerschaft, doch im 7. respective 8. Monat an demselben Pruritus, der erst mit Ausstossung der Frucht endete. Auch das zweite Mal trat das Uebel im Anschluss an eine leichte Indigestion auf. Alle therapeutischen Bemühungen waren erfolglos. (Ref. hat in diesem Archiv (1869 p. 253) über einen Fall berichtet, wo mehrere Male Kinder mit Ichthyosis congenita vera zur Welt kamen, dazwischen wieder gesunde Kinder. Die Mutter hatte angeblich nur dann an Pruritus während der Schwangerschaft gelitten, wenn ichthyotische Kinder geboren wurden.)



36. **Essig.** Pathologisch-histologische Untersuchungen über Lupus. (Arch. der Heilkunde 15. Jahrg. 1874).
37. **Baumgarten.** Ein Fall von Tuberkulose der Haut. (Arch. d. Heilk. 15, 1875).
38. **Hebra** jun. Ein seltsamer Krankheitsfall. (Ber. d. allg. Krankenhauses in Wien für 1874).
39. **London.** Mittheilungen aus den Leprösen-Hütten („Biut et Massakin") in Jerusalem. (Wiener medic. Wochenschr. 13, 14, 1875).
40. **Czerny.** Eine Elephantiasis Arabum congenita mit plexiformen Neuromen. (Langenbeck's Arch. 17. Bd. 1875.)
41. **Barduzzi.** Ueber das Sclerem der Neugebornen. (Giorn. It. delle mal. ven. e della pelle. X. 1875).
42. **White.** Vier Fälle von Scleroderma. (Amer. Arch. of Dermatology, I. 1875).

Essig hat (**36**) 15 nach den klinischen Erscheinungen als Lupus bezeichnete Fälle der Leipziger Sammlung von Spiritus-Präparaten (! Ref.) untersucht. Davon zeigten 7 eine kleinzellige Infiltration des Coriums und subcutanen Gewebes, welche meist die Gefässe mantelartig umgab, einige Male auch in Form grösserer gefässhaltiger Haufen auftrat. Im letzten dieser sieben, an welchen sich grosse Geschwüre aber keine Knötchen vorfanden (! Ref.), zeigten einige Stellen das Bild des Spindalzellensarkoms (! Ref.). In zwei weiteren Fällen fand Verf. zahlreiche reticulirte Tuberkel, ein Mal fand sich das Cutisgewebe in ein eigenthümlich cytogenes Gewebe umgewandelt, zwei Mal waren aus den Talg- respective Schweissdrüsen hervorgegangene Convolute von Epithelkolben vorhanden und endlich zeigten drei Präparate die Charaktere des Epithelialcarcinoms. Es geht daraus (! Ref.) hervor, dass Lupus kein pathologisch-histologischer, sondern ein klinischer Begriff ist, unter dem man sich etwa einen Reizzustand der Cutis denken kann, welcher zu abnormer Wucherung der Elemente der Cutis führt. Histologisch wird man zu unterscheiden haben zwischen dem eigentlichen Lupus (Granulationsgeschwulst Virchow's), der Hauttuberkulose, dem Adenom der Talg- und Schweissdrüsen und dem Carcinom.

Baumgarten beschreibt (**37**) einen Fall von Tuberkulose der Haut an einem an allgemeiner Tuberkulose verstorbenen Manne,



bei welchem sich an den unteren Gelenksenden des Mittelhandknochens des kleinen Fingers beider Hände seit 2 Jahren höckerige, mit verdickter Epidermis versehene Stellen entwickelt hatten. Ulceration war nicht vorhanden.

Die Untersuchung ergab, dass es sich um Papillome handelte, in deren Basis jedoch echte netzförmige Tuberkelbildung stattgefunden hatte.

Im vorjährigen Berichte des Wiener allg. Krankenhauses wurde von Hans Hebra unter dem allgemeinen Namen Neoplasma ein Fall beschrieben (siehe diese Vierteljahrsschr. 1875, 1. Heft pag. 75) der bisher noch nicht beobachtet war und dessen Erscheinungen sich nicht in eine der gebräuchlichen Benennungen einreihen liessen. Auch diessmal, (**38**) da ein zweiter Kranker mit demselben Uebel sich präsentirte, gelang es nicht, mehr Licht über diesen abnormen Process zu verbreiten.

Herr M. L., Kaufmann aus Warschau, 36 Jahre alt, lebte stets in günstigen Verhältnissen und war nur selten und intercurrirend krank. Er ist von mittlerer Grösse und schmächtigem Körperbaue, gibt aber an, früher stärker gewesen zu sein.

Sein gegenwärtiges Leiden soll vor $1\frac{1}{2}$ Jahren begonnen haben und zwar vom Kopfe ausgehend, die Verbreitung rasch vor sich gegangen, seit einigen Monaten aber ein Stillstand eingetreten sein.

Bei der Aufnahme am 7. Juli waren die behaarte Kopfhaut, Gesicht, Thorax, obere Extremitäten, Abdomen, untere Extremitäten bis zum Knie geröthet, mit ziemlich grossen Schuppen bedeckt, die Erscheinungen eines Eczema squamosum darbietend. Heftiges Jucken. In der Höhe des Nabels in einem Gürtel um den Leib ziehend, sechs, theils kleinere und dann thalergrosse, theils bis zur Flachhandgrösse reichende, derbe, teigige, etwa drei Linien und selbst mehr das Hautniveau überragende, mit sich loslösender Epidermis bedeckte, oder nach Verlust derselben nässende, excoriirte Infiltrate, die sachte in die obenerwähnte veränderte Haut übergehen. Diese Tumoren bewirken keinen Schmerz und belästigen den Kranken nur durch ihr Volumen.

Das Wachsthum ist ein sehr langsames; in Wochen zeigt sich kaum eine Veränderung. Die Leibesfunctionen sind nicht gestört, Appetit gut, Schlaf durch das unausstehliche Jucken häufig unterbrochen, daher auch gegen dieses vorerst losgezogen wurde. Der

Kranke wurde mit Ol. Rusci zweimal täglich bestrichen; so lange diese Procedur in Uebung war, und das geschah durch 50 Tage, war der Pruritus geringer, kehrte jedoch bald wieder, wenn auch nicht in der vorigen Heftigkeit. Von den Geschwülsten wurden zwei mit Kali caust. zerstört; die Wundflächen waren rein, der Heiltrieb jedoch ein äusserst langsamer, die Secretion reichlich.

Während des 88tägigen Aufenthaltes veränderte sich das Leiden kaum, die Ernährung war durch den ermöglichten Schlaf gehoben.

Die mikroskopische Untersuchung ausgeschnittener Partien der Geschwülste klärte nicht über das Wesen der Krankheit auf, da sich stets nur eine Vermehrung der normalen Gewebs-Elemente vorfand.

Es erscheint daher nöthig, noch mehrere Fälle zu beobachten, um sich eine Vorstellung von der Qualität des Processes entwickeln zu können.

Verf. weist schliesslich darauf hin, dass Köbner vielleicht unter der Benennung: Beerschwammähnliche, multiple Papillar-Geschwülste der Haut in seinen „Klinischen und experimentellen Mittheilungen", Erlangen 1864, ähnliche Fälle beobachtet und beschrieben habe.

London veröffentlicht (**39**) ausführlich einen interessanten Fall von Lepra anaesthetica, complicirt mit Myo-Atrophie und Motilitätsparalyse und nachheriger Knotenbildung:

Ein 40jähriger Beduine, Vater dreier an Dysenterie und an Variola gestorbener Kinder, behauptet, er sei der erste in seiner Familie, der vom Aussatz heimgesucht wurde. Seiner Angabe nach soll er vor 5 Jahren das erste Mal in seinem Leben erkrankt, an einer mehrere Tage andauernden von Frösteln unterbrochenen Hitze und vagen herumziehenden Gliederschmerzen, an häufigem spontan eintretenden Nasenbluten gelitten haben. Vor 4 Jahren bemerkte Patient das erste Mal im Winter, als er sich am rechten Unterarme Brandwunden zuzog, die er im ersten Momente angeblich gar nicht gesehen und nicht gefühlt, sondern erst später wahrgenommen haben soll, dass er am rechten Vorderarme empfindungslos sei. Dieses bei den Beduinen und Fellahin wohlbekannte Symptom einer beginnenden Lepra (von ihnen „Chadran", soviel als gefühllos genannt, während die Lepra im Allgemeinen mit dem Worte „Giurdam" auch „Giusam" bezeichnet wird) bewirkte bei ihm eine seit dieser Zeit vorhandene



Melancholie, besonders als die bald zu beschreibende Symptomengruppe des Aussatzes rasch nacheinander in kurzen Intervallen sich entwickelte.

Circa 6 Monate nach dem ersten Erscheinen der Anästhesie auf der ganzen Streck- und Ulnarseite des rechten Vorderarmes bemerkte Patient sowohl am Gesichte als auch auf der Streckseite der Finger beider Hände das Aufschiessen hirsekorn- bis erbsengrosser weisser und gelber Blasen, die aufgestochen bald eine klare, bald eine gelbliche Flüssigkeit entleert haben sollen. Diese Blasen hatten seiner Angabe nach nur eine sehr kurze Dauer, indem sie, bald ohne eine Spur zurückzulassen, bald mit Zurücklassung einer glatten weisslichen dünnen Narbe verschwanden. Fast in derselben Zeit nahm er wahr, dass am rechten Handrücken zwischen Metacarpus des Daumens und Zeigefingers sich eine täglich zunehmende tiefe Furche bilde, allmälig entwickelten sich ähnliche Furchen auch zwischen den Handwurzelknochen der übrigen Phalangen. Seit einem Jahre sind der Ringfinger und der kleine Finger derselben Hand einer fortwährend zunehmenden Contractur unterworfen. Seit 2 Jahren begannen sich die 4 Finger der linken Hand derart zu biegen, dass sie nun mit ihren Nagelgliedern die Vola manus berühren. Seit $1^1/_2$ Jahren begann die ganze linke Hand im Carpalgelenke sich allmälig zu contrahiren, die Nägel beider Hände begannen sich zu zersplittern und abzuschilfern.

Seit dieser Zeit sollen allmälig auch die Haare auf beiden Unterarmen und Handrücken ausfallen. Seit einem Jahre bemerkte Patient, dass auch die Haare seiner beiden Unterschenkel auszufallen begannen, dass er selbst in der grössten Sommerhitze und beim stärksten Laufen an den Füssen gar nicht mehr transpirirte. Allmälig entwickelte sich auch auf der vorderen und äusseren Fläche beider Unterschenkel und auf beiden Fussrücken Empfindungslosigkeit.

Seit circa 10 Monaten sei das Septum narium von vorne nach hinten zu immer mehr geschwunden, so sehr, dass die Nasenspitze endlich auf die Oberlippe zu liegen kam. Erst vor einem halben Jahre sollen sich auf beiden Armen zu gleicher Zeit und an gleichen Stellen verschieden grosse Knoten entwickelt haben, ihnen folgten dann an beiden Wangen derb resistente flache Infiltrate. Den Schluss bildete das seit einigen Wochen andauernde allmälige Ausfallen der Augenbrauen. Der Patient wurde vor 14 Tagen



in Folge der nicht mehr zu verbergenden Symptome seiner entsetzlichen Krankheit vom Schech (Häuptling) seines Stammes, der herrschenden streng beobachteten Sitte gemäss, von seiner Frau geschieden (die Lepra gilt in Palästina als gesetzlicher Scheidungsgrund), aus dem Stamme ausgestossen und zwangsweise in die Leprosen-Hütten nach Jerusalem transportirt.

Am 11. Mai fand der Verf. folgenden Status präsens: Sowohl in der Gegend beider Augenbrauenbogen, welchen die Haare (Augenbrauen) im äusseren Drittel ganz fehlen und in beiden inneren Dritteln auch nur spärlich vorhanden sind, als auch an beiden Wangen ist die leichtbewegliche Cutis mit derb resistenten, theils flachen, theils wenig prominirenden braunpigmentirten Infiltraten durchsetzt, über denen dendritisch verzweigte, rosenrothe Gefässramificationen verlaufen. Das Septum narium ist derart atrophirt, dass die abgeflachte Nase mit ihrer Spitze auf der Oberlippe aufliegt. Auf beiden Oberextremitäten und zwar auf den Streckseiten beider Oberarme sind ganz symmetrisch rechts im oberen Drittel, links knapp über dem Ellbogengelenke je ein wallnussgrosser, derber, bronzefärbiger, beim Druck schmerzverursachender Knoten eingelagert. Ebenso symmetrisch ist auf der Streckseite beider Unterarme die Haut mit disseminirten haselnussgrossen, mit der Cutis verschiebbaren, bräunlichrothen Knoten durchsetzt. Die Muskulatur beider Unterarme und beider Hände ist auffallend retrahirt, am meisten aber die Musculi interossei so sehr, dass zwischen den Metacarpusknochen tiefe Furchen vorhanden sind. Die Ulnarseite beider Handteller sowohl als die Hohlhand beiderseits sind in Folge des Muskelschwundes wie kahnförmig ausgehöhlt. Die Epidermis daselbst ist trocken, rissig und in feinen Schuppen sich abschilfernd.

Sämmtliche Fingerspitzen sind kolbig verdickt. Am rechten Nervus ulnaris fühlt man in der Gegend des Condylus internus zwei übereinanderstehende deutlich prononcirte Verdickungen. Die linke Hand ist im Handgelenke bis zu einem rechten Winkel flectirt. Der Handrücken bildet eine förmliche Grube, in der die Strecksehnen stark hervorspringen. Der Daumen ist sowohl activ als passiv leicht beweglich; die übrigen 4 Finger aber sind in so starker Flexion, dass sie mit ihren ebenfalls kolbig verdickten Spitzen den Handteller berühren. Die Nägel sämmtlicher Finger sind theils in gelblich bräunliche Krusten und Borken verwandelt, theils in gelblich weisslichen Schuppen sich abschilfernd.

Beide Unterschenkel sowohl als beide Fussrücken sind ödematös geschwellt; die Oberhaut wenig verschiebbar. Beide Unterarme erweisen sich total unempfindlich.

Diese Anästhesie erstreckt sich am rechten Unterarme längs des Ulnarrandes der Hand bis zur Mitte der ersten Phalanx des kleinen Fingers. Am linken Unterarme erstreckte sich die Empfindungslosigkeit selbst auf den ganzen Handrücken, auf die Dorsalseite sämmtlicher Finger und Fingerspitzen. Auf beiden Unterschenkeln ist besonders auf deren vorderer und äusserer Fläche auffallend symmetrisch eine 3 Zoll unter den Kniegelenken beginnende bis zum Sprunggelenke, ja am linken Fussrücken, besonders am äusseren Rande, bis zur kleinen Zehe sich erstreckende, Anästhesie vorhanden. Die elektrische Reizung (mit dem inducirten Strome) wird an den anästhetischen Stellen des rechten Unterarmes und der rechten Hand überall, an den anästhetischen Stellen der linken Hand nirgends, an den Unterschenkeln hingegen überall empfunden. Die Lymphdrüsen nirgends geschwellt, der Gesichts-, Gehör- und Geschmacksinn normal. Verf. hält diesen Fall besonders darum für sehr lehrreich, weil hier zu einer schon längst bestehenden Anästhesie und ihren Folgen Muskelatrophie, Contracturen, pemphigusähnliche Blasen, im späteren Verlaufe Knotenbildung sich hinzu gesellten.

Bei allen Leprösen Palästinas, die Verf. in Jerusalem, Jaffa, Nablus und Ramleh zu beobachten Gelegenheit hatte, entwickelten sich bei den complicirten Fällen immer früher die den Hautaussatz charakterisirenden Symptome symmetrisch auf beiden Extremitäten, nämlich Livre- bis Franc grosse, theils glatte, theils über das Niveau der Haut erhabene hell- bis dunkelrothe Flecke, aus denen sich bald die im Corium sitzenden, theils isolirten, theils in Gruppen erscheinenden Knoten, bald tiefliegende, glatte, nur durch den Tastsinn wahrnehmbare Infiltrate entwickelten. Im späteren Verlaufe der Lepra tuberculosa wurden auch die Schleimhäute, besonders in der Mund-, Rachen- und Kehlkopfhöhle afficirt und von den eben geschilderten Knoten infiltrirt. In der Augenhöhle sah Verf. nur einmal, und zwar in der Iris, hirsekorngrosse Infiltrate. Erst später, nach einem Zeitraume von mehreren Jahren, gesellte sich allmälig eine, hauptsächlich die Affection der sensitiven, motorischen und trophischen Nerven charakterisirende Symptomengruppe hinzu (die Lepra nervorum).



Nebst febriler Bewegung erschienen die sensiblen Verrichtungen der Hautnerven, besonders deren periphere Ausbreitung, zuerst enorm gesteigert, dann so sehr geschwächt, dass nicht nur das Tastvermögen, sondern auch das Schmerzgefühl total zu Grunde ging. Bald entwickelten sich auf der Haut, ohne vorangehende Röthung, symmetrisch auf beiden Körperhälften, verschieden grosse pemphigusähnliche Blasen mit serös-eitrigem Inhalte, die theils vernarbten, theils in Verschwärung übergingen. Allmälig trat Atrophie bestimmter Muskelgruppen, besonders im Gesichte und an den Extremitäten, am ausgesprochensten aber an beiden Händen auf und consecutiv auch Contracturen der Finger, endlich circumscripte und ausgebreitete Gangränescenzen, Abstossung (Exfoliation) der Finger und Zehen; merkwürdigerweise werden sehr häufig nur die Zwischenglieder, bald die zweite, bald die erste Phalanx, selten der ganze Finger oder die ganze Zehe und fast nie die ganze Extremität exfoliirt.

Bezüglich des noch sehr dunklen Punktes über die Aetiologie dieser Krankheit konnte Verf. bei diesem Kranken eben so wenig etwas Verlässliches erfahren, als bei den anderen. Verf. hält es für gewiss, dass sie nicht contagiös ist. Er konnte sich aber seinen zahlreichen hier gemachten Beobachtungen zufolge überzeugen, dass die Lepra in Palästina hereditär sei, da sie in zahlreichen Familien in direkter Linie fortschreitend angetroffen wird; man kann die verschiedenen Formen des Aussatzes hier in auf- und absteigender und in seitlicher Linie der einzelnen Familien verfolgen, auch ein Ueberspringen einzelner Glieder; z. B. Grossältern und Enkel; manchmal werden erst die Urenkel wieder leprös.

Auffallend ist die Thatsache, dass gerade in denjenigen Gegenden Palästinas, wo die Lepra einheimisch ist, auch das Wechselfieber in hohem Grade endemisch herrscht.

Von der Regierung wird so viel wie gar nichts gegen dieses schreckliche Leiden gethan, es existiren wohl in Jerusalem die sogenannten „Leprösen-Hütten“, aber wer einmal diese schmutzigen, halb eingefallenen, finsteren Löcher gesehen hat, wird wohl die Ueberzeugung gewonnen haben, dass sie vielmehr eine echte Brutstätte der verschiedensten Epidemien abgeben und nicht einmal einem Hunde gegen die erstarrende Kälte des syrischen Winters oder gegen die brennende Hitze des Sommers ein schützendes Obdach bieten können. In diesen Löchern fristen troglodytenförmig



oft über 30 Aussätzige ihr kümmerliches Dasein, bis entweder Dysenterie oder Morbus Brightii oder Suffocation (in Folge lepröser Entartung des Kehlkopfes) ihren jammervollen Leiden ein Ende macht.

Czerny (**40**) erzählt folgenden Fall: Eine 26jährige Patientin soll schon bei ihrer Geburt eine Geschwulst am Rücken gehabt haben, die anfangs langsam, vom 15. Jahre an aber rascher wuchs, und endlich einen Tumor darstellte, dessen Ansatzfläche sich vom 10. Brustwirbel bis unter den rechten Trochanter herab erstreckte und der beutelförmig bis gegen die Kniekehlen herabhing. Die Last des Tumors hatte die rechte Beckenhälfte stark herabgezogen und eine compensatorische Scoliose zur Folge gehabt. Nach einer vor einem Jahre vorgenommenen partiellen Abtragung war der Rest der Geschwulst bedeutend gewachsen, die Haut derselben nicht mehr in Falten abhebbar; an mehreren Stellen befanden sich Fisteln, die ein dünnes spontan gerinnendes Serum entleerten. Nach verschiedenen vergeblichen operativen Eingriffen starb die Patientin pyämisch.

Ausser dem beschriebenen Tumor hatte die Kranke noch verschiedene kleinere Tumoren von verschiedener Consistenz an der Aussen- und Vorderseite des rechten Oberschenkels, entsprechend dem Verbreitungsbereiche des Nerv. cutan. temor. externus und medius und endlich noch mehrere erbsen- bis wallnussgrosse Geschwülste am übrigen Körper zerstreut.

Bei der Section fanden sich die vorderen Zweige des rechten Lumbalnervengeflechtes in mächtige, wurstförmige und geschlängelte Geschwülste verwandelt, von den Intervertebralganglien beginnend. Die letzteren waren auch in grössere Tumoren verwandelt.

Der grosse Tumor bestand hauptsächlich aus Bindegewebe, war leicht in Bündel zu zerreissen, wobei man öfter auf spaltförmige, mit Lymphe gefüllte Hohlräume traf.

Die Venen waren sehr weit, ihre feinen Verzweigungen von lymphoidem Gewebe eingescheidet.

Die Geschwulst war von einem Netze markweisser Stränge von der Dicke einer Rabenfeder bis zu der einer Gansfeder durchsetzt, deren Zusammenhang mit den Dorsalästen der Lumbal- und Sacralnerven leicht darstellbar war, und zwar war dieser Zusammenhang durch zwei grössere ganglionartige Knoten vermittelt, deren einer mit den Lumbal-, deren anderer mit den Sacralnerven in Zu-



sammenhang stand. Am rechten Oberschenkel war der Nerv. cut. ext. und medius in einen ähnlichen Plexus, zwei grössere Neuromknoten enthaltend, umgewandelt.

Auch die den M. iliopsoas versorgenden Nerven waren verdickt, ebenso der Nerv. saphenus major, dessen Faserbündel bis bohnengrosse Anschwellungen trugen. Die feinere Untersuchung der Randpartien des Tumors ergab eine beträchtliche Zellenanhäufung um die zwischen den Läppchen des subcutanen Fettgewebes aufsteigenden Gefässe und um ihre das Fettgewebe und die Drüsen versorgenden Aeste. Die Spalträume, welche beim Zerblättern der Hauptmasse des Tumors sichtbar wurden, waren mit Endothel ausgekleidet, auch war der Zusammenhang dieser Hohlräume mit Saftkanälchen nachweisbar. Bei Injection durch Einstich füllte sich diess System von Hohlräumen und die Injectionsmasse drang weiter in die Lymphgefässe, die man neben den Blutgefässen bis gegen die Mitte des Tumors verfolgen konnte.

An einzelnen Stellen sah man mit Injectionsmasse gefüllte sackförmige Räume, welche die Talgdrüsen umgaben; aus diesen Lymphräumen gingen nach oben Lymphgefässe zu dem oberflächlichen Lymphgefässnetz der Cutis, von ihrem Grunde sah man hie und da ein Lymphgefäss abgehen, das nach dem Unterhautzellgewebe zu verlief.

Auch einzelne Schweissdrüsenknäuel waren von solchen Lymphsinus umgeben. Verf. bemerkt hiezu, es sei ihm auch sonst gelungen, durch Einstich an den Lidern und an der Nasenhaut Lymphräume um die Talgdrüsen und um die Meibom'schen Drüsen zu injiciren. Die Neurome bestanden zum grössten Theile aus Bindegewebe, in welchem die auseinandergedrängten markhältigen Nervenfasern eingebettet waren, manche von ihnen enthielten einen weicheren blutgefässreichen Kern, der sich leicht ausschälen liess, und einen oder zwei Fortsätze in das Centrum der plexiformen Neuromstränge schickte; diese Massen bestanden aus sehr langen spindelförmigen Elementen, die stäbchenförmige Kerne enthielten und zu Bündeln angeordnet waren.

Verf. hält dieselben für neugebildete marklose Nervenfasern; auch in den Neuromsträngen waren neben markhältigen stets marklose Nervenfasern nachweisbar, ebenso in den rosenkranzförmigen Anschwellungen des Nerv. saphenus major.

Barduzzi setzt (**41**) auseinander, dass das von Underwood zuerst beschriebene Sclerema neonatorum nicht zusammenzuwerfen ist mit dem Oedem der Neugebornen (Oedema algidum). Dasselbe hat Parrot 1874 im „Progrès médical“ ausgeführt. Das Sclerema neonatorum, welches wieder wohl zu unterscheiden ist vom Sclerema adultorum, der Sclerodermie, betrachtet Verf. als ein Symptom mangelhafter Ernährung (Atrepsie von Parrot), welche sich im Beginn stets mit Erkrankung des Gastro-Intestinaltracts vergesellschaftet. An der Haut äussert sich die Krankheit durch Starrwerden derselben (zuerst an den unteren Extremitäten), Unbeweglichkeit, bläuliche Färbung, und erstreckt sich nach und nach auch auf das subcutane Bindegewebe, das Fett und die Muskeln.

Von den vier Fällen von Sclerodermie, welche White (**42**) beschreibt, verdient der vierte besonders Erwähnung: Ein 42jähriger Maurer bemerkte, dass seine Haut sich mit kleinen weissen Knötchen bedeckte, die wieder verschwanden. Nach 6 Monaten begannen die bekannten Veränderungen und zugleich Schmerzen beim Beugen der Gelenke. Nach weiteren 6 Monaten soll die Hautdecke von der rechten Schulter bis zum Scheitel entzündet und mit Bläschen bedeckt gewesen sein. Diess dauerte 3 Wochen.

Als der Verf. 6 Monate später den Kranken sah, war die Sclerodermie schon völlig entwickelt. Bemerkenswerth waren breite und erhabene Streifen von Narbenhärte mit Depressionen von Stecknadelkopf- bis Erbsengrösse. Aehnliche weisse Erhebungen fanden sich an der Haut der Ohren und ihrer Umgebung und contrastirten seltsam mit den dunkler gefärbten Depressionen, welche dazwischen sich zeigten. Auf dem Stamme sassen durchgängig weisse papulose Erhabenheiten (den Talgdrüsen entsprechend?) von grosser Härte. Auf dem Unterbauche und den Oberschenkeln traten aber überdies kleine, feste, farblose Papeln in Parallelreihen auf, zugleich linienförmige Riffe dazwischen. Die mikroskopische Untersuchung eines excidirten Stückes der Haut des Ohres zeigte Hypertrophie des faserigen Bindegewebes, keine Drüsen.

Verf. weist auf die Aehnlichkeit dieses Befundes mit den von Addison als Keloid beschriebenen Krankheitsfällen hin, und hält ihn für eine Sclerodermie mit ausnahmsweiser Tendenz zur Gewebswucherung.



43. J. Neumann. Ueber Verruca senilis (Keratosis pigmentosa). (Wiener medic. Presse, Nr. 13, 1875.)

44. Knott. Vierzig Fälle von Naevus, durch Elektrolyse geheilt. (The Lancet v. 20. März 1875).

45. Riemer. Ein Fall von Argyria. (Arch. d. Heilk. 16, 1875).

46. Mettenheimer. Zur Entstehungsgeschichte der weichselzopfartigen Bildungen. (Jahrb. f. Kinderheilkunde. 9. Bd. 2. Heft. 1875).

47. Vincens. Herpes tonsurans bei Thieren. (Paris 1874. 8⁰. 44 Stn.)

Neumann (43) hatte bereits in einer Arbeit über die senilen Veränderungen der Haut des Menschen gezeigt, dass die Hornschichte bei älteren Individuen trocken und spröde, in Folge Schrumpfung der Cutis gefurcht sei, an einzelnen Stellen, besonders am Rücken und an der Brust häufen sich die Zellen, indem sie in mehrfachen Schichten übereinander gethürmt, bald auf einer glatten Oberfläche, bald auf einzelnen Resten der Papillen lagern und hierdurch warzenartige Efflorescenzen darstellen, die durch Aufnahme von reichlichem Pigment gelbbraun oder schwarz gefärbt sind, durch Kratzen mit dem Nagel sich leicht entfernen lassen und am Lebenden nach ihrer Entfernung eine leicht blutende Cutis zurücklassen. Ein neuerlich beobachteter Fall nun betraf einen 67 Jahre alten Mann, welcher am ganzen Stamm mit zahlreichen, rostbraun bis tiefschwarz gefärbten, meist linsen- bis silbergroschengrossen, über das Niveau der umgebenden Haut flach erhabenen, an ihrer Oberfläche unebenen und gerifften, an einzelnen Stellen mit glänzend weissen Punkten versehenen Efflorescenzen bedeckt war. Durch Abkratzen mit dem Nagel an einzelnen Stellen erscheinen oberflächliche Excoriationen theils mit glatter, theils mit Wucherungen versehener Oberfläche; an der Brustwand waren überdiess mehrere aneinander gruppirte Warzen durch Reibung der Kleidungsstücke etwas tiefer excoriirt.

Die mikroskopische Untersuchung zeigte im Cutisgewebe senile Schrumpfung, es findet sich Pigment in Form von Schollen und Kernen an der Adventitia der Gefässe. Die Haarbälge haben die Form von abgerundeten Gebilden, deren Inhalt durch verhornte Zellen, durch Smegmamassen und Wollhaare gebildet ist. Die Talgdrüsen sind vergrössert, ihre Mündung verstopft oder verödet, wo-

durch dieselben über das Niveau der Haut emporgehoben werden und daselbst als warzenförmige, blassroth gefärbte, nach Art der Verruca filiformis aussehende Geschwülste erscheinen, Gebilde, welche bisweilen an der Nasenspitze und den Nasenflügeln nach confluirenden Blattern erscheinen. Somit unterscheiden sich diese warzenförmigen Protuberanzen der Haut wesentlich von der gewöhnlichen Verruca, mit welcher sie nur bezüglich ihrer Form Aehnlichkeit haben, indem sie vorwiegend aus epidermoidalen Elementen, aus pigmentirten Zellen des Rete Malpighii bestehen, und wobei der Papillarkörper nicht betheiligt ist. Die schon mit unbewaffnetem Auge wahrnehmbaren Leisten sind nur aus den Drüsen, und zwar aus den Talgdrüsen hervorgegangen. Verf. würde demnach für diese Krankheit anstatt der Bezeichnung Verruca senilis den von Keratosis pigmentosa wählen. Dem anatomischen Befunde entsprechend ist es auch leicht, dieselben zu entfernen. Wiederholte Abreibungen mit Sapo viridis, Bepinselungen mit Jodglycerin, mit diluirter Lösung von Carbolsäure bringen dieselbe zum Schwinden. Um jedoch die Procedur abzukürzen in jenen Fällen, in denen diese Gebilde im Gesichte, an der Kopfhaut oder am Handrücken vorkommen, wird es zweckmässig sein, mittelst des scharfen Löffels dieselben zu schaben.

Die Behandlung Knott's (**44**) bei Naevus bestand darin, dass je nach der Grösse des Tumors zwei oder mehrere Nadeln eingestochen und mit dem negativen Pole einer constanten Batterie (Störer oder Meyer, Meltzer) in Verbindung gebracht wurden; die positive Kohlenelektrode wurde in der Nähe angesetzt. Etwa 6—8 Elemente genügten.

Es bildete sich unter Schaumbildung in den Stichkanälen stets eine Gerinnung, der Tumor wurde weisslich und das Gerinnsel organisirte sich allmälig. Wenn wiederholte Applicationen nöthig wurden, so geschahen dieselben in zehntägigen Terminen. Auch bei ausgedehnteren Geschwülsten genügten meist etwa vier Sitzungen.

Riemer hat (**45**) einen Fall von Argyria untersucht und beschrieben, welche bei einem an Tabes leidenden Kranken durch den etwa 2 Jahre fortgesetzten Gebrauch von Argentum nitricum in Pillenform herbeigeführt worden war, bei dem die Gesammtmenge von 34 grm. arg. nitr., entsprechend 21·6 grm. metallischen Silbers ver-



braucht wurde. Die ersten Spuren der Hautfärbung waren nach Ablauf eines Jahres bemerkt worden; Patient starb später an Phthisis pulmonum, der Sectionsbefund ergab Folgendes:

a) Ausser der Haut: eine graublaue, bis dunkelschwarzblaue Verfärbung in der Intima der Aorta, den Plexus choreoidei, den kleinsten Arterien des Magens und Darms, in dem Bindegewebe der Darmmucosa und in der Muscularis des tractus intestinalis, in dem interacinösen Bindegewebe der Leber (leichte Cirrhose); in der Kapsel, den Trabekeln und Gefässen der Milz, dem Peritoneum; in den Gefässschlingen des Glomeruli, der Membr. propria der Harnkanälchen, der Kapsel und dem Bindegewebe der Nierenpapillen; in der Albuginea des Hodens und der Membr. propr. der Samenkanälchen; in den sogenannten Spannfasern der Mesenterialdrüsen; im intermusculären Bindegewebe des Herzens und dem verdickten Endocardium; in der Dura mater und endlich in dem Perichondrium und dem Periost verschiedener Körperstellen. Ueberall ist das Pigment in meist feinkörniger, selten strichförmiger oder diffuser Form der bindegewebigen Grundsubstanz, namentlich den homogenen Membranen eingelagert und ist weder an Zellen, noch an eine zwischen den Zellen gelegene Kittsubstanz gebunden.

b) An der Haut, namentlich der des Gesichts, sind es die oberen Schichten des Coriums, deren Bindegewebe, glatte Muskeln und Drüsenschläuche pigmentirt sind, während die Epithelien vollständig frei sind. Das tiefe Binde- und Unterhautfettgewebe ist ausser an der Lippe und dem Augenlide ebenfalls silberfrei. An den Haarbälgen und Talgdrüsen findet sich kein Silber in ihren epithelialen Antheilen; die Schweissdrüsen ohne Ausnahme mit Silber impregnirt. Eine pathologische Functionsstörung ist durch die Pigmentirung nicht herbeigeführt worden, nur glaubt Verf. eine Knickung der Schweissdrüsenschläuche sowie eine dem Ansatz der Musculi arrectores pilorum entsprechende Aussackung der Haarwurzelscheide auf Elasticitätsschwund durch die Hautatrophie und durch die Pigmentanwesenheit beziehen zu müssen. Die nervösen Gebilde der Haut sollen keine Beziehungen zur Argyria haben.

Die Frage nach dem Wege, auf dem die Silberfärbung zu Stande kommt, beantwortet Verf. in dem Sinne Virchow's. Das Pigment soll als solches, d. h. als reducirtes Silber vom Darmkanal aus aufgenommen werden, zum Theil in den Lymphbahnen abgesetzt, zum



Theil ins Blut übergeführt werden, von wo aus dann sein Uebertritt in die Gewebe durch die Gefässwand, in letzterer Spuren hinterlassend stattfindet. Verf. spricht sich gegen jene Theorie aus, welche das Silber als lösliches Silberalbuminat im Blute circuliren lässt und die Reduction erst dem Gewebe zuschreibt.

Mettenheimer theilt (**46**) einen Fall von beginnendem Weichselzopf (? Ref.) mit bei einem Kinde wohlhabender Eltern, welches stets sehr rein gehalten war und an welchem sich von Eczem oder Ungeziefer keine Spur zeigte. Vielmehr hält Verf. dafür, dass hier der Weichselzopf dadurch entstand, dass das Kind, welches sehr langes und zartes Kopfhaar hatte, am Kopfe sehr stark schwitzte und fortwährend die Gewohnheit hatte, sein Hinterhaupt auf dem Kissen hin und her zu reiben, wodurch die Kissenüberzüge durchfeuchtet wurden und so zur Verfilzung der Hautpartien beitrugen. (Vf. hat oben das Eczem übersehen. Ref.)

Vincens (**47**) machte 21 Inoculationen von Trichophyton auf 8 Ratten (negativ), auf 4 Katzen (2 positiv), 2 Hunde (beide positiv). Mit Favus auf 1 Ratte und 3 Katzen (positiv), 2 Hunde (negativ).

Aus dieser Reihe von Impfversuchen schliesst Verf.: Ratten bekommen leicht Favus; Herpes tonsurans ist bei der Ratte nicht impfbar. Katzen und Hunde sind beiden Impfungen gleich zugänglich. Pferde und Rinder bilden eine gute Keimstätte des Trichophyton. Favus und Herpes tonsurans hält er nicht für identisch und nie in einander übergehend.



Besprechungen und Anzeigen.

Varia.



Buchanzeigen.

M. Kassowitz. Die Vererbung der Syphilis. Wien, Braumüller, 1876. 8. 137 S.

Nach einer übersichtlichen historischen Exposition wird der jetzige so überaus verworrene Stand der ganzen Frage geschildert und gezeigt, dass in den wichtigsten sowohl, als in den Nebenfragen durchwegs die entgegengesetztesten Ansichten Geltung haben. Als Grund dieser so controversen Anschauungen wird zunächst die Einseitigkeit des Beobachtungsmaterials beschuldigt, welches den Syphilidologen, Geburtshelfern und Kinderärzten jedesmal in einer anderen Perspective erscheint. Ferner die geringe Klärung der Ansichten über die Vererbung von Krankheiten überhaupt, in Folge welcher der spermatischen Vererbung von Seite des Vaters fast durchwegs die placentare Infection von Seite der Mutter als gleichberechtigt gegenübergestellt und die ovuläre Vererbung gänzlich ignorirt wurde.

In dem zweiten Capitel wird nun gezeigt, dass sowohl für die Vererbung von physiologischen als auch von pathologischen Eigenschaften die beiderseitigen Fortpflanzungszellen, die Spermazelle einerseits und das weibliche Ei anderseits vollkommen gleichberechtigt sind. Durch den uterofötalen und später placentaren Säfteaustausch könnten dem sich entwickelnden Individuum, wohl auch gewisse Krankheiten, wie Blattern, Scharlach u. s. w. mitgetheilt werden, indem das specifische Gift aus dem mütterlichen Kreislauf in den fötalen hinübergeschwemmt würde, aber diese Infectio intra uterum unterscheide sich streng von der für beide Eltern gleichberechtigten Vererbung im eigentlichen Sinne auf dem Wege der Samen- oder Eizelle.



Für die Uebertragung der Syphilis auf das neugeborene Kind sei nur eine dieser Uebertragungsarten möglich, weil es im hohen Grade unwahrscheinlich und ganz ohne Analogie sei, dass eine so eigenartige Affection durch zwei ganz verschiedene Vorgänge zu Stande komme. Da sich aber die hereditäre Syphilis in fundamentaler Weise von der acquirirten unterscheide, so sei es schon a priori weniger wahrscheinlich, dass das Gift erst auf den schon in der Entwicklung vorgeschrittenen und bis dahin gesunden Fötus übertragen werde, als dass die syphilitische Vergiftung, sowie andere tiefgreifende Constitutionsanomalien, vermittelst der Fortpflanzungszelle von den Eltern auf die Frucht übergehe.

Dieses theoretische Resultat bedürfe aber der Bestätigung durch die klinische Erfahrung, welche hauptsächlich zwei Fragen zu beantworten habe: 1. ob eine nicht syphilitische Mutter ein syphilitisches Kind gebären, und 2. ob die im Verlaufe der Schwangerschaft acquirirte Syphilis der Mutter auf den von der Zeugung her gesunden Fötus übergehen könne.

Der Erörterung der ersten Frage ist das dritte Capitel gewidmet. Die Antwort lautet bejahend. Als directe Beweise werden vorerst die in der Literatur vorhandenen Beobachtungen der Autoren aufgezählt, welche in unzähligen Fällen das Gesundbleiben der Mutter hereditär syphilitischer Kinder sowohl nach der Geburt der letzteren als auch späterhin constatirt haben. Dann wird das eigene Material des Verfassers ins Feld geführt, welcher in 119 ausführlichen Geschichten von ihm jahrelang beobachteter syphilitischer Familien sein Augenmerk auf den Gesundheitszustand der Eltern und auf die ganze Reihe ihrer Kinder, sowohl syphilitischer, als nicht syphilitischer, gerichtet hat. Hier überzeugte er sich durch fortgesetzte Beobachtung der Mütter, dass 43 derselben ganz gewiss, trotz der Geburt eines oder meistens mehrerer syphilitischer Kinder gänzlich frei von Syphilis geblieben sind, während in 23 Fällen beide Eltern, in 10 Fällen die Mutter allein syphilitisch war, und in 43 Fällen das Erblichkeitsverhältniss noch zweifelhaft bleiben musste.

Als indirecte Beweise werden Fälle vorgeführt, in denen der Vater im Beginne der Ehe eingestandener Massen an einer älteren Syphilis ohne inficirende Symptome litt und die Frauen trotz der Geburt syphilitischer Kinder davon verschont blieben; in denen



ferner wegen der schon abgeschwächten Intensität der väterlichen Syphilis gleich im Beginne der Ehe schwach afficirte syphilitische Kinder zur Welt kamen, was nach Annahme des Verfassers nicht möglich wäre, wenn die Mutter im Beginne der Ehe syphilitisch gewesen wäre, da ja in den ersten Jahren der elterlichen Syphilis fast ausnahmslos todte Frühgeburten oder ganz lebensunfähige Früchte geboren werden. Wird endlich nach der Geburt schwächer inficirter Früchte in Folge spontanen oder therapeutisch erzielten Erlöschens der väterlichen Vererbungsfähigkeit schon in den ersten Jahren der Ehe ein gesundes Kind geboren, so spricht diess nach K. ebenfalls gegen eine syphilitische Infection der Mutter im Beginne der Ehe, weil diese recente Syphilis der Mutter sich sicher auch auf die Kinder durch viele Jahre vererben müsste.

Hierauf werden die Argumente und Beweisführungen jener Autoren, speciell Cullerier's und Oewre's, welche die ausschliessliche Uebertragung von Seite der Mutter und die Gleichgiltigkeit der väterlichen Syphilis für die Früchte vertheidigen, sehr eingehend besprochen und bekämpft und der Verf. kommt zu dem Schlusse, dass die Möglichkeit und grosse Häufigkeit der Geburt syphilitischer Kinder von nicht syphilitischen Müttern vollkommen erwiesen ist.

Das vierte Capitel behandelt die Frage, ob die Mutter eines vom Vater her syphilitischen Kindes auch weiterhin gesund bleiben könne. Es werden die verschiedenen Hypothesen: 1. von der Infection der gesunden Mütter durch den vom Vater aus kranken Fötus auf dem Wege der Placentarcirculation (choc en retour), 2. durch den Befruchtungsact mit einem syphilitischen Sperma, und 3. durch das Sperma eines latent syphilitischen und von inficirenden Symptomen freien Mannes, unabhängig von der Befruchtung, eingehend erörtert und gezeigt, dass keine dieser Annahmen auf thatsächlicher Basis beruhe, und dass in keiner der bezüglichen Beobachtungen eine Infection der Mutter auf dem gewöhnlichen Wege ausgeschlossen werden könne. Eine von einem syphilitischen Manne geschwängerte Frau gebärt syphilitische Kinder und bleibt selber frei von Syphilis, wenn sie nicht von aussen her inficirt wurde; das syphilitische Gift überschreitet also die Scheidewände des fötalen und



mütterlichen Gefässsystems nicht in der Richtung von dem Fötus zur Mutter.

Die zweite Cardinalfrage, ob der von der Zeugung her gesunde Fötus durch eine von der schwangeren Mutter acquirirte Syphilis inficirt wurde, ist Gegenstand des 5. Abschnittes. Von allen in der Literatur vorkommenden Beobachtungen, welche diese ziemlich allgemein angenommene Art der Uebertragung beweisen sollen, entspricht nach dem Verf. keine einzige den Anforderungen auf Beweisfähigkeit weil er verlangt, dass in einem solchen Falle 1. die Gesundheit des Vaters zur Zeit der Zeugung erwiesen, 2. auch die Gesundheit der Mutter zu dieser Zeit über allen Zweifel erhaben sei, und 3. die Syphilis des Kindes sich unzweideutig documentire, da Frühgeburt allein, Absterben im Uterus, schwächliche Constitution und baldiger Tod ohne vorhergehende syphilitische Symptome noch keineswegs zur Diagnose der Syphilis bei der Frucht berechtigen. Dagegen sprechen die vom Verf. beobachteten Fälle sowohl, als auch vielseitige Erfahrungen anderer Autoren, selbst derjenigen, welche diese Art der Uebertragung für möglich halten, dafür, dass ein Kind, dessen beide Eltern im Momente der Zeugung nicht syphilitisch waren, nicht syphilitisch wird, selbst wenn seine Mutter zu irgend einer Zeit der Schwangerschaft von allgemeiner Syphilis befallen wird. Die letztere kann störend auf den Verlauf der Schwangerschaft wirken und sie frühzeitig unterbrechen, sich aber niemals auf den Fötus übertragen.

Das syphilitische Gift überschreitet die Scheidewände des fötalen und mütterlichen Gefässsystemes auch nicht in der Richtung von der Mutter zum Fötus.

Als Facit dieser Beweisführungen wird im 6. Abschnitte die Theorie der Vererbung der Syphilis definitiv dahin formulirt, dass die Uebertragung der Syphilis der Eltern auf das Kind einzig und allein durch den Act der Zeugung erfolgt, dass Vater und Mutter in Hinsicht auf die Häufigkeit und den Vorgang der Vererbung der Syphilis vollkommen gleichberechtigt sind, und dass das Vorhandensein der allgemeinen Syphilis bei einem der Eltern allein im Momente der Zeugung genügte, damit die Vererbung auf das Kind stattfinde. Die Erkrankung der Mutter an



allgemeiner Syphilis nach stattgefundener Conception bleibt daher ohne Einfluss auf die Vererbung der Syphilis.

Das syphilitische Gift verhält sich also nicht, wie die Contagien der acuten Exantheme, welche wenigstens in der Richtung von der Mutter zum Kinde die Scheidewände des mütterlichen und fötalen Kreislaufes passiren und eine Infection des Fötus im Mutterleibe bewirken können, weil sie als flüssige Contagien an kein Gewebselement gebunden, sondern in den organischen Flüssigkeiten des mütterlichen Organismus entweder gelöst oder in sehr fein vertheiltem Zustande suspendirt sind, und mit diesem in das Gefässsystem des Fötus exosmosiren können. Das syphilitische Contagium hingegen ist ein fixes und ist offenbar stets an einen Elementarorganismus des erkrankten Individuums, an eine Eiter- oder Blutzelle gebunden, weil alle jene Flüssigkeiten, welche keine organisirten Gewebselemente enthalten, Blutserum, Milch, klare Vaccinelymphe u. s. w., erfahrungsgemäss die Syphilis nicht zu übertragen vermögen. Da nun bei dem sehr complicirten Baue der Scheidewände beider Gefässsysteme sicherlich niemals ein Blutkörperchen aus dem einen Circulationsgebiete in das andere übertritt, so ist auch der Uebertritt des syphilitischen Giftes von der Mutter zum Fötus und umgekehrt auf dem Wege des placentaren Säfteaustausches nicht möglich, was eben mit den thatsächlichen Erfahrungen vollkommen übereinstimmt.

Aus der verschiedenen Intensität, in welcher die hereditäre Erkrankung in mehreren aufeinander folgenden Früchten desselben syphilitischen Erzeugers auftritt, glaubt der Verf. auf eine quantitative Verschiedenheit in der Aufnahme des specifischen Virus von Seite der einzelnen Fortpflanzungszellen schliessen zu können.

Der Gang der Arbeit wendet sich nun zu der Erörterung der Verhältnisse, unter welchen die Eltern im Stande sind, die Syphilis auf ihre Nachkommen zu vererben, und knüpft im 7. Abschnitte die Vererbungsfähigkeit der Eltern an den Bestand der allgemeinen syphilitischen Erkrankung bei denselben, während eine nachweisbare specifische Erkrankung der Hoden oder Ovarien keineswegs erforderlich ist und in der Regel auch fehlt. Die Latenz der elterlichen Syphilis entsteht dadurch, dass in einem Intervall zwischen zwei Eruptionen der äusserlich sichtbaren syphilitischen Symptome ein Zeitpunkt eintreten kann, wo die Producte der vor-



hergehenden Eruption schon geschwunden sind, bevor der nächste Ausbruch stattfindet. Die Zeugungssyphilis zeigt sich aber ganz unabhängig von diesen Latenzperioden und Eruptionsintervallen, ihre Wirksamkeit steht daher auch in gar keiner Beziehung zu der Intensität der eben sichtbaren äusseren Symptome, sondern zeigt nur eine langsame und continuirliche Abnahme bis zu ihrem allmäligen Erlöschen. Diess spricht dafür, dass während der Latenz das syphilitische Gift nicht sonderlich in den Lymphdrüsen abgekapselt ist, sondern fortwährend, wenn auch in wechselnder Menge, in dem erkrankten Organismus circulirt. Diess stimmt auch mit dem auffallend günstigen Einflusse, welchen Quecksilbercuren selbst während der Latenz zumal auf die Zeugungssyphilis üben.

Dieser Einfluss kann sich nach zweierlei Richtung geltend machen. Entweder wird die Vererbungsfähigkeit vollständig unterdrückt, und es kann dadurch auf eine sehr intensiv afficirte und deshalb schon frühzeitig in utero absterbende oder lebensunfähige Frucht selbst in kurzer Zeit ein ganz gesundes Kind folgen; oder die Wirkung der Cur ist nur eine relative und äussert sich darin, dass trotz der recenten, kurz vor der Zeugung ausgebrochenen Syphilis des Vererbenden das Kind dennoch lebend und lebensfähig geboren wird, und erst später und relativ geringfügig erkrankt, während eine sich selbst überlassene Zeugungssyphilis in dieser frühen Periode fast ausnahmslos Abortus oder Frühgeburt und Lebensunfähigkeit der Frucht zur Folge hat. Nur ist diese Wirkung der Mercurialcur nicht immer eine definitive, und darauf beruhen meistens die Unregelmässigkeiten in der Einwirkung der Syphilis auf die Reihe der Geburten derselben Ehe. Diese Behauptungen werden durch mehrere mitgetheilte Beobachtungen illustrirt.

Die Dauer der Vererbungsfähigkeit, welche im 8. Abschnitte besprochen wird, wird zuerst theoretisch davon abhängig gemacht, wie lange das syphilitische Gift in dem elterlichen Organismus vorhanden bleibt. So lange noch inficirende Symptome zum Vorschein kommen, ist diess sicher der Fall, aber die Zeugungssyphilis kann wahrscheinlich auch den letzten Ausbruch inficirender Symptome überdauern, indem die geringere Menge des Giftes wohl genügt, um die Fortpflanzungszellen in der specifischen Weise zu verändern, aber nicht mehr ausreicht, um eine Ablagerung in die Haut oder die Schleimhäute zu veranlassen. Sodann wird aus



den 119 vom Verf. beobachteten syphilitischen Ehen und den 330 in denselben stattgefundenen syphilitischen Geburten die Zahl dieser syphilitischen Geburten und die factische Dauer der syphilitischen Vererbung in den einzelnen Ehen bestimmt und gezeigt, dass es in einzelnen Fällen selbst zu 9—10 aufeinanderfolgenden syphilitischen Geburten kam, und zwischen der ersten und letzten syphilitischen Geburt selbst 11 und 12 Jahre verliefen. Für die wirkliche Dauer der Vererbungsfähigkeit bei einer spontan ablaufenden, nicht durch Quecksilber bekämpften Syphilis berechnet der Verf. aus seinen Beobachtungen **ein Maximum von 14, ein Minimum von 7, und eine Durchschnittsdauer von 10 Jahren.**

Das Verhältniss der Vererbungsfähigkeit zu den tertiären Symptomen der elterlichen Syphilis wird so aufgefasst, dass diese nicht eine Ablagerung oder directe Wirkung des syphilitischen Giftes sind, sondern nur noch das Resultat einer durch die syphilitische Vergiftung hervorgerufenen Eigenthümlichkeit des erkrankten Organismus, in Folge deren dieser auf stattfindende Reize durch die Lieferung gummöser Producte antwortet. Diese Eigenthümlichkeit kann schon vorhanden sein, so lange das Gift noch im Organismus circulirt, sie kann aber auch lange fortbestehen, nachdem das Gift schon vollständig eliminirt ist. Aus diesem Grunde kann auch die Vererbungsfähigkeit noch bestehen, wenn bei dem Vererbenden tertiäre Symptome schon ausgebildet sind, sie kann aber auch trotz der bestehenden tertiären Symptome schon lange, entweder spontan oder durch mercurielle Curen erloschen sein. Aus diesen Verhältnissen, welche den Beobachtungen des Verf. und vieler anderer Autoren vollkommen entsprechen, folgt demnach, dass die **Vererbungsfähigkeit ganz und gar unabhängig ist von dem Bestande tertiär syphilitischer Affectionen bei dem vererbenden Individuum.**

Dagegen hält der Verf. die Vererbung der Syphilis während des Bestandes der elterlichen Virosität nahezu für unbedingt, weil in den 330 syphilitischen Geburten, welche in 119 Ehen stattfanden, niemals ein gesundes Kind zwischen zwei schwer afficirten Früchten geboren wurde. **Die Vererbung erfolgt also im Verlaufe einer Syphilis, die weder durch ausgiebige Quecksilbercuren, noch durch eine lange Reihe von Jahren abgeschwächt ist, nothwendig,** und es muss in dieser Zeit



die Immunität der Frucht, wenn sie überhaupt vorkommt, jedenfalls zu den allerseltensten Ausnahmen gerechnet werden.

Hier wird auch die angebliche Unfruchtbarkeit syphilitischer Weiber auf Grund der direct widersprechenden Erfahrungen in das Bereich der Fabeln verwiesen.

In dem 9. Capitel wird das Gesetz von der spontanen graduellen Abschwächung der Intensität der syphilitischen Vererbung in einer grösseren Zahl von mitgetheilten genauen Beobachtungen des Verfassers demonstrirt. Hier ergibt sich, dass in der überwiegenden Mehrzahl aller Fälle, nämlich in 109 von 119 Beobachtungen, die grösste Regelmässigkeit in der allmäligen Abnahme der Intensität der Vergiftung sich geltend machte und nur in 10 Fällen sich grössere Unregelmässigkeiten ergaben, aber auch nur in der Weise, dass für eine oder zwei Geburten ein Rückfall in den nächst höheren Intensitätsgrad vorkam, während im Grossen und Ganzen das Gesetz der successiven Abnahme auch in diesen wenigen unregelmässigen Reihen unverkennbar blieb. Daraus folgt, dass für den jeweiligen Grad der Vererbung das Alter der elterlichen Syphilis von weit grösserer Wichtigkeit ist, als die Heftigkeit der zur Zeit der Zeugung an dem Vererbenden äusserlich wahrnehmbaren Symptome seiner Dyscrasie.

Die verschiedenen Intensitätsgrade der Vererbung machen sich bei der Frucht vorzugsweise nach drei Richtungen hin geltend:

1. In der Unterbrechung der normalen Schwangerschaftsdauer durch Abortus oder Frühgeburt. Diese werden in dem 10. Abschnitte eingehend besprochen. Die wichtigsten Resultate der Beobachtungen des Verf.'s in dieser Richtung sind, dass beinahe in der Hälfte (47%) aller syphilitischen Ehen Aborten vorkamen; dass die in den ersten Jahren nach der Infection der Eltern gezeugten Kinder fast ausnahmslos frühgeboren wurden, und dass im Ganzen von 330 unter dem Einflusse der elterlichen Syphilis gezeugten Kindern 127, also etwa zwei Fünftel frühgeboren wurden und 203, ungefähr drei Fünftel, das normale Schwangerschaftsende erreichten. Bei der Erörterung der möglichen Ursachen der frühzeitigen Unterbrechung der Schwangerschaft kommt der Verf. zu dem Schlusse, dass die Ursache des Fruchttodes und der Frühgeburt hauptsächlich und für die meisten Fälle syphilitischer Frühgeburten in der Krankheit der Frucht selber zu finden ist, und dass die

syphilitische Erkrankung der Mutter und die Erkrankung der Placenta dieser Hauptursache gegenüber nur eine untergeordnete Rolle spielen.

2. In der Beeinträchtigung der Lebensfähigkeit der Frucht (11. Abschnitt). In dieser Beziehung ergaben die Beobachtungen des Verf.'s, dass von sämmtlichen unter dem Einflusse der elterlichen Syphilis gezeugten Früchten genau ein Dritttheil todtgeboren wurden; dass von den Lebendgebornen weitere $24^0/_0$ in dem ersten Halbjahre der ererbten Dyscrasie zum Opfer fielen; dass daher $58^0/_0$ also nahezu drei Fünftheile diesem Erbtheile erliegen. Die Ursachen dieser so ausserordentlich geringen Lebensfähigkeit syphilitischer Früchte sind in folgenden Momenten zu suchen: in der frühzeitigen Unterbrechung der Schwangerschaft, denn von sämmtlichen 127 syphilitischen Frühgeburten wurden 102, also genau vier Fünftel todtgeboren; ferner in der Intensität der Erkrankung auch bei den bis zum normalen Schwangerschaftsende im Mutterleibe ernährten Früchten; dann in dem Zurückbleiben in der körperlichen Entwicklung der Frucht, welche ihren ziffermässigen Ausdruck in dem Gewichte findet; und endlich in dem späten Ausbruche der Krankheit, wobei sich aber wieder ein proportionirtes und stetiges Wachsen der Lebensfähigkeit für diejenigen Kinder ergibt, auf welche die Syphilis in einem späteren Stadium der elterlichen Krankheit, also in weniger intensiver Weise vererbt wurde, während auf der anderen Seite das praktisch höchst wichtige Resultat zu Tage tritt, dass in den ersten (drei) Jahren einer spontan ablaufenden elterlichen Syphilis nur ganz ausnahmsweise ein lebensfähiges Kind geboren wird.

3. Bei den lebensfähigen in der Zeit des Ausbruches der sichtbaren Symptome. Dieser Ausbruch erfolgt nach den Erfahrungen des Verf.'s fast ausschliesslich im Verlaufe der ersten drei Lebensmonate, und zwar in $53^0/_0$ im ersten, in $32^0/_0$ im zweiten und in $15^0/_0$ im dritten Monate. Dabei ergibt sich auch die interessante Thatsache, dass der Ausbruch desto früher erfolgt, je intensiver die Vergiftung der Frucht gewesen und je näher zu dem Zeitpunkte der Infection des Vererbenden die Zeugung vor sich gegangen ist. Der Ausbruch des Exanthems im dritten Lebensmonate ist schon als ein



Zeichen der erlöschenden syphilitischen Vererbungsfähigkeit bei dem Vererbenden anzusehen.

Der letzte Abschnitt handelt von dem Verhältnisse der syphilitischen Vererbung zu anderen Constitutionskrankheiten des Kindes. Für die Scrophulose und Phthisie wird nur zugegeben, dass sie bei hereditär-syphilitischen Individuen ebenso auftreten können wie bei anderen und dass höchstens das Auftreten dieser Affectionen manchmal durch die Verschlechterung der allgemeinen Ernährung in Folge der überstandenen tiefen Erkrankung begünstigt werde. Dagegen hält es Verf. für gänzlich unerwiesen, dass die Syphilis der Eltern sich bei den Kindern nur als Scrophulose oder Phthise ohne Symptome der hereditären Syphilis geltend machen könne. Die Rhachitis dagegen ist bei Kindern, welche an hereditärer Syphilis leiden oder gelitten haben, unvergleichlich häufiger als bei anderen Kindern und es wird der Verdacht ausgesprochen, ob nicht die so häufige syphilitische Affection der Knochen, welche gerade in jenen Theilen ihren Sitz hat, in welchen das Wachsthum der Knochen stattfindet, den Anstoss zu der Entwicklung des rhachitischen Processes gebe. Dagegen wird auch für die Rhachitis die Abstammung von der elterlichen Syphilis ohne gleichzeitige hereditär-syphilitische Entartung in Abrede gestellt und diese Frage dahin erledigt, dass die Vererbung der Syphilis von den Eltern auf das Kind durch Vermittlung der Samenzelle oder des Eies nur die höchst charakteristischen und unverkennbaren Erscheinungen der vererbten Syphilis hervorbringt und nur diese hervorzubringen im Stande ist.

Wir haben ein eingehendes Referat über die vorliegende Arbeit unserem Leserkreise geben zu müssen geglaubt, weil wir dieselbe für einen sehr werthvollen Beitrag zur Theorie der Syphilis congenita halten. Mögen auch manche der vom Verf. gezogenen Schlüsse vorläufig noch der Bestätigung bedürfen, so ist doch die Methode der Arbeit und der Kritik in diesem kleinen Buche eine so exacte, dass der eingeschlagene, wenn auch mühevolle Weg nicht mehr verlassen werden sollte. Auspitz.

Syphilitic Lesions of the Osseous System in infants and young children. By R. W. Taylor. New York 1875. gr. 8. 179 p.

Taylor's Werk über die Knochenkrankheiten bei Syphilis der Kinder ist der erste ausführliche klinische Excurs über dieses bisher ganz vernachlässigte Thema, welches erst durch Wegner's bekannte anatomische Arbeit im Jahre 1870 auf die wissenschaftliche Tagesordnung gesetzt wurde. Der Verf. hat selbst 12 einschlägige Fälle beobachtet; hierzu kommt aus der Literatur noch eine Anzahl mehr oder weniger gut beschriebener klinischer Fälle von Valeix (1834) an zu Ranvier, dessen Fall (von 1864) eigentlich zuerst die Syphilis als Ursache solcher Veränderungen direct in Betracht gezogen hatte und weiter bis auf Parrot (1872) und Bulkley (1874).

Der Verf. hat die beiden Serien von Fällen in der eingehendsten Weise benützt und klinisch verwerthet. Wir wollen, indem wir dem Autor Schritt für Schritt folgen, die wichtigsten seiner Resultate in aphoristischer Form mittheilen.

Was die Röhrenknochen betrifft, lässt sich ihre Erkrankung in zwei Classen theilen: die eine, in welcher die Knochenschwellungen vergehen ohne Verbesserung der Knochenstructur und ihrer Functionsfähigkeit, die zweite, in welcher keine Lösung der Knochenauftreibung stattfindet, sondern Degeneration eintritt.

Der Sitz der Schwellung ist an den Röhrenknochen, wie Wegner zuerst zeigte (s. dieses Archiv 1871, p. 92), der Uebergangsknorpel zwischen Dia- und Epiphyse, und zwar häufiger am peripheren Knochende. An den oberen Extremitäten tritt die Schwellung als eine den Knochen umgebende, jäh abfallende, weiche, leicht fluctuirende Erhebung meist an den peripheren Enden des Radius und der Ulna auf, aber nicht immer, wie Köbner und Waldeyer behauptet hatten, symmetrisch an beiden Armen. Sitzen die Geschwülste an den oberen Enden der beiden Knochen, so sind sie in der Regel weniger deutlich markirt. Noch seltener tritt die Schwellung am Oberarme auf. Schwellung des Schlüsselbeines fand der Verf. einmal am lebenden Kinde und zwar am Sternalende der rechten Clavicula. Was die Rippen betrifft, fand er sie an den Enden der Rippen nicht so häufig als an den Röhrenknochen. An den unteren Extremitäten sitzen sie am häufigsten, ungefähr

zwei Zoll über den beiden Malleoli. Selten tritt Schwellung des oberen Theiles der Tibia allein ein, noch seltener jenes der Fibula. Am Oberschenkel ist das untere Ende nach Wegner häufig heimgesucht, weniger häufig ergab sich nach dem Verf. dieser Befund als klinisches Bild. Das obere Ende fand T. bisher am Lebenden niemals geschwellt. Was die Dactylitis syphilitica betrifft, so sind die Phalangen häufig erkrankt, und zwar häufiger die dritte als die zweite, am häufigsten die erste und oft mit Geschwürsbildung combinirt, bisweilen auch mit einer kupferfarbigen Röthung der Haut. Von Nagelaffectionen ist bisher nichts bekannt. Die Zehen fand Verf. in seinen Fällen nicht afficirt. Die Metacarpus- und Metatarsus-Knochen zeigten sich bisweilen ähnlich wie die Phalangen erkrankt.

Schwellung der Schädelknochen fand Verf. nicht häufig (1 : 14), im Gegensatze zu deren häufigem Vorkommen bei Syphilis im späteren Lebensalter. Auch die innere Oberfläche der Schädelknochen ist bisweilen (nicht in T.'s Falle) verändert. Die Gesichtsknochen scheinen immun zu sein. An den Ossa innominata, Sacrum, Coccyx, Vertebrae, Scapula sind bisher klinisch Schwellungen nicht nachgewiesen worden.

Der Verf. geht, nachdem er die einzelnen Krankheitslocalisationen eingehend erörtert (wir haben im Vorhergehenden nur die wichtigsten Resultate hervorgehoben), zu allgemeinen Betrachtungen über den Gang der Krankheit über und stellt zwei Hauptformen derselben auf: eine chronische und eine mehr acute Entwicklungsform. Dass der Verlauf ferner je nach dem Ausgange in Lösung oder in Degeneration verschieden ist, wurde schon oben angedeutet. Am seltensten kommt es zu völliger Abtrennung der Diaphyse von der Epiphyse, wie diess Verf. in zweien seiner Fälle, den einzigen klinisch beobachteten in der Literatur, gefunden hat. Wir müssen leider die weiteren Ausführungen dieses Gegenstandes, sowie die Mittheilungen des Verf. über die häufig bei hereditärer Syphilis an jungen Kindern vorkommende Periostitis übergehen.

Was die pathologische Anatomie betrifft, schliesst sich der Verf. mit kleinen Abweichungen den Angaben Wegner's, dann Waldeyer's und Köbner's an. (S. dieses Archiv 1872, p. 564 ff.)



Ueber das Verhältniss der Krankheit zu Rhachitis gibt T. seine Ansicht dahin ab, dass Rhachitis in Folge eines kachektischen Zustandes entstehe, welcher durch hereditäre Syphilis hervorgebracht werden könne, aber darum nicht als eine syphilitische Erkrankung aufzufassen sei. Die Differential-Diagnose zwischen den Knochenschwellungen bei Syphilis einerseits und Rhachitis andererseits stellt der Verf. in scharfen Zügen einander gegenüber und wir wollen, ohne vollständig den exclusiven Standpunkt des Verf. zu theilen, Einiges daraus hervorzuheben:

Bei Rhachitis findet sich ein Prodromalstadium, bei Syphilis nicht; die Erscheinungen treten bei Syphilis bald nach der Geburt auf, bei Rhachitis meist erst nach dem 6. Monate; bei S. sind selten die Schädelknochen und Rippen ergriffen, bei R. meist das Hinterhaupt in Form von Craniotabes; bei S. sitzen die umschriebenen Geschwülste eher auf dem Stirn- und Seitenwandbeine. Die Rippen sind bei R. fast immer krank und zwar alle in symmetrischer Weise. Bei S. sind die Fontanellen zu gewöhnlicher Zeit geschlossen, bei R. später. Die Schwellungen gehen bei S. meist in Resolution ohne Veränderung über, bei R. folgt Knickung der Röhrenknochen und Verrenkung der Gelenke. Bei R. tritt niemals Nekrose ein, bei S. öfter. S. ist von Schnupfen, Haut- und Schleimhautaffectionen u. s. w. begleitet, bei R. kommt Schwitzen des Nackens und Halses, Schlaflosigkeit, Gastro-Intestinalaffection, allgemeine Hyperästhesie, bisweilen Laryngismus stridulus mit allgemeinen Krämpfen zur Beobachtung.

Was endlich die Behandlung betrifft, ist der Verf. gegen die Sublimatinjectionen (bei kleinen Kindern mit Recht) und gegen die Einreibungen (nach unserer Erfahrung mit Unrecht), und spricht das Wort einer gemischten Behandlung mit Sublimat und Jodkalium. Local empfiehlt er Jodoform bei Ulceration, auf die Geschwülste Empl. de Vigo, unter Umständen fixe Verbände, Druck, bei Zerfall und Abscessbildung Einschnitte und desinficirende Verbände.

Fassen wir unser Urtheil über das vorliegende Buch zusammen, so müssen wir dasselbe als eine auf gründliches und gewissenhaftes Studium gegründete, von echt klinischem Geiste durchwehte Leistung um so freundlicher begrüssen, als das Thema der Arbeit bisher nur casuistisch, aber eigentlich klinisch noch nicht abgehandelt worden



ist. Es ist zu hoffen, dass durch Taylor's Buch der Anstoss gegeben sein wird, um in Zukunft, auf eine grössere Anzahl von Beobachtungen gestützt, als sie dem Verf. zu Gebote standen, die pathologischen Gesetze der hereditären Knochensyphilis noch definitiver zum Ausdruck zu bringen. Auspitz.

Erfahrungen über Syphilis von Dr. W. Boeck, Professor der Dermatologie in Christiania. Stuttgart bei F. Enke, 1875. gr. 8. 282 pp.

Das hier zu besprechende Buch Wilhelm Boeck's ist zuerst in norwegischer Sprache erschienen und liegt nun in deutscher Uebersetzung vor. Es enthält durchwegs eigene Erfahrungen des in der wissenschaftlichen Welt rühmlichst bekannten Autors und behandelt verschiedene — nicht alle — Capitel der Syphilidologie in einer originellen Auffassung auf Grund der mit staunenswerthem Fleisse seit vielen Jahren gesammelten und in umfassenden Werken (Recherches sur la Syphilis, von der norwegischen Regierung herausgegeben u. a.) dargelegten klinischen Beobachtungen Boecks. Das Capitel über das „syphilitische Gift" enthält die Berichte über eine grosse Zahl von Inoculations-Versuchen vom Verf. und Scheel, welche ursprünglich in diesem Archiv, 1873, veröffentlicht worden sind. Es geht daraus hervor, dass das syphilitische Gift am meisten durch Sublimat und Eisessig zerstört wird, wenn diese Stoffe vor der Inoculation dem Gifte beigemischt worden sind. Die Resultate der Inoculationen mit Borsäure und doppelt borsaurem Natron scheinen zu zeigen, dass nicht Pilze die Ursache der giftigen Beschaffenheit der Materie bilden. Während syphilitischer Eiter mit gewöhnlichem Eiter im Verhältniss von 1 : 1100 Theilen versetzt, an der Inoculabilität nichts verliert, gibt ein Theil syphilitischer Materie mit nur 100 Theilen Glycerin oder anderen Flüssigkeiten schon schwache, mit 200 Theilen gar keine Wirkung. Alle diese Versuche bedürfen begreiflicher Weise strenger Prüfung, und wir möchten die Resultate Boecks vorläufig um so weniger für sicher halten, als ja sein „syphilitischer Eiter" nicht nothwendig dasselbe ist, was im Allgemeinen unter diesem Ausdruck verstanden wird. Boeck steht eben auf dem Boden der Syphilisation und auf dem streng unicistischen Standpunkte.

Die folgenden Capitel des Buches behandeln: Die primäre Syphilis in scharf gegen die dualistische Anschauung polemisirender Weise, dann die Bubonen, wobei der Verf. die vom Ref. vertretene Anschauung über Bubonen und ihre Therapie (dieses Archiv 1873) ausdrücklich acceptirt und für die seinige erklärt, endlich die constitutionelle Syphilis in der acquirirten und hereditären Form und ihre Behandlung. In letzter Beziehung verficht der Verf., wie leicht begreiflich ist, auch heute noch seine mit vieler Ueberzeugungstreue festgehaltene Methode der curativen Syphilisation und bekämpft den Mercur. Jodkalium benützt er bei den sogenannten tertiären Formen, aber nicht bei beginnender Syphilis.

Das Buch enthält eine Fülle belehrender und anregender Details und gibt trotz des in vieler Beziehung einseitigen Standpunktes des Verf. Zeugniss von seinem hohen wissenschaftlichen Ernste und der consequentesten Ausnützung des Beobachtungsmaterials. Zu bedauern ist, dass die Uebertragung ins Deutsche von wenig geübter Hand vorgenommen worden ist und dadurch hie und da Undeutlichkeiten oder stilistische Missgriffe sich in das schätzenswerthe Buch eingeschlichen haben. Auspitz.

Die Syphilis während der Periode ihrer Initial- und Frühformen und deren Behandlung. Auf Grund von Fournier's „Leçons sur la Syphilis“ dargestellt von Dr. Emanuel Kohn, Docent für Syphilis an der Wiener Universität. Wien 1875, bei L. W. Seidel gr. 8, 292 pp.

Das vorliegende Buch ist eine freie Bearbeitung des von uns schon früher (dieses Archiv, 1873) besprochenen vortrefflichen Werkes von Fournier über „Syphilis besonders beim Weibe“. Die Anschauungen der französischen Dualisten-Schule, der Fournier angehört, ohne an ihren Excentricitäten Theil zu nehmen, sind in der deutschen Bearbeitung entsprechend dem Standpunkte der deutschen, respective Wiener Dualisten theilweise modificirt vorgetragen und die Verallgemeinerung des bloss die Syphilis bei Weibern behandelnden Originals für beide Geschlechter in geschickter Weise vorgenommen. Wie es nun vorliegt, bildet das Buch eine nicht zu weitschweifige, jedoch alles wichtige Detail enthaltende, sehr fasslich und fliessend vorgetragene Darstellung der Syphilis-Lehre. Sind wir auch nicht mit

Allem einverstanden, was das Original und die Bearbeitung apodictisch hinstellen, so zweifeln wir doch nicht an dem Nutzen des Buches in seiner jetzigen Form, insbesondere dem Schüler gegenüber, der die Resultate der Forschung am liebsten im Gewande der Unfehlbarkeit entgegen nimmt. Mag er sich nun selber weiter helfen; Anregung gibt die Kohn'sche Darstellung im reichsten Masse.

Auspitz.

Varia.

Prof. Virchow veröffentlicht in Berliner Blättern Folgendes: „Bei Gelegenheit der Berathung des Viehseuchen-Gesetzes entstand in der letzten Session des preussischen Landtages eine lebhafte Debatte über die Zulässigkeit des Impfens von Schafen mit Pockenlymphe. Ich verlangte das Verbot der sogenannten Schutz-Impfung, während andere Mitglieder des Hauses der Abgeordneten vom Standpunkte der Landwirthe aus diese Impfung als eine Nothwendigkeit vertheidigten. Seit dieser Zeit werde ich von den Gegnern des Impfzwanges beim Menschen nicht nur als ein Bundesgenosse, sondern als ein Hauptzeuge gegen die Schutzimpfung überhaupt behandelt, und es gehen mir von den verschiedensten Orten Deutschlands Zeitungsblätter zu, in denen man sich auf mein Zeugniss beruft. Da meine Zeit es nicht gestattet, allen den Entstellungen, welchen meine öffentliche Thätigkeit unterliegt, entgegenzutreten, so habe ich bis jetzt geschwiegen, in der Hoffnung, dass Jeder, dem es um die Wahrheit zu thun ist, sich mit Leichtigkeit über die Verschiedenheit der Schutzimpfung bei Schafen und bei Menschen unterrichten kann. Denn bei Schafen impft man mit der Lymphe von Schafpocken und erzeugt dadurch wirkliche Schafpocken, welche die Ansteckung fortsetzen; bei Menschen impft man bekanntlich mit der Lymphe von Kuhpocken, welche nicht im gewöhnlichen Sinne anstecken und auch keine Menschenpocken hervorbringen. Im vorigen Jahrhunderte freilich, vor Einführung der Kuhpocken-Impfung (Vaccination), impfte man auch beim Menschen vielfach mit Menschenpocken-Lymphe und unterhielt dadurch, wie jetzt bei den Schafpocken, die Seuche. Dieser Unterschied ist gewiss leicht begreiflich. Indess sehe ich mich genöthigt, ihn jetzt hervorzuheben und mich vor weiterem Missbrauch meines Namens zu schützen, da mir heute von Magdeburg aus ein gedrucktes Exemplar einer Petition an den Reichstag zugeht, in

welcher die Zurücknahme des Impfgesetzes und die Beseitigung des Impfzwanges beim Menschen verlangt wird, und in welcher man sich ausdrücklich auf mich beruft, ja sogar ausdrücklich gegen ein Gutachten der wissenschaftlichen Deputation für das Medicinalwesen, deren Mitglied ich bin. Ich lege hierdurch gegen ein solches Verfahren förmlich Widerspruch ein und verwahre mich ausdrücklich gegen den Versuch, mich in den Augen einer bethörten Menge zu einem Freunde der meiner Meinung nach gänzlich sinnlosen Agitation gegen die Schutzimpfung beim Menschen zu stempeln."

Soeben geht uns die traurige Kunde zu, dass Professor Wilhelm Boeck in Christiania, unser hochverdienter Fachgenosse, am 10. December einer längeren Krankheit erlegen ist. Wir werden im nächsten Hefte eine ausführliche Lebensskizze des Dahingeschiedenen veröffentlichen.

Die Redaction.

Bibliographie.

Bibliographie des Jahres 1875.

II. Verzeichniss.

(Fortsetzung von pag. 411 ff.)

Dermatologie und Vaccine.

Addy, B., Partielle Hemiplegie mit Amnesie nach Scharlach. Lancet I. 19; Mai.

Aikman, John, Ueber Revaccination. Glasgow med. Journ. N. S. VII. 2. p. 160. April.

Anderson, T. Mc Call, Die innerliche Anwendung der Theers bei Psoriasis. Brit. med. Journ. April 24. p. 537.

Anderson, Mc Call, Lineare Atrophie der Haut. Brit. med. Journ. Mai 29. p. 709.

Béhier, Durch Arsenikstaub erzeugtes Ekzem. Gaz. des Hôp. 61.

Benedetti, Giovanni, Ueber Urticaria bei Neurosen. Il Raccoglitore med. XXXVIII. 12. p. 357. Aprile.

Bernouilli, Dan., Ueber die Scharlachepidemie in Basel im J. 1874. Schweiz. Corr.-Bl. V. 11.

Bierbaum, Josef, Erisypelas serpens seu universale der Neugebornen u. Säuglinge. Deutsche Klinik 13.

Blanc, Henry, Ueber die äussere Anwendung des Goapulvers bei gewissen Hautkrankheiten. Journ. de Ther. II. 10. p. 573. Mai.

Breganze, N., Zur Statistik d. Pocken im J. 1874. Gazz. Lomb. 7. S. II. 19.

Burggraeve, Monument à Jenner, ou histoire générale de la Vaccine, à l'occasion du premier centénaire de son invention. Bruxelles. Muquardt. gr. Fol. XVI et 377 pp. et 6 planches. 30 Frcs.

Clark, Thomas H., Syrup von braunem Zucker als Antisepticum bei Variola und Varicella. The Clinic VIII. 12; March p. 142.

D'Ailly, A. J., Bericht über die Wirksamkeit der Amsterdamer Gesellschaft zur Beförderung der Kuhpockenimpfung für Unbemittelte während d. J. 1874. Nederl. Weekbl. 12.

Daniëls, C. E., Zur Geschichte der Vaccination in den Niederlanden. Nederl. Tydschr. 2. Afdel. XI. 1. Aflev. p. 17.

Da Silva Lima, J. F., u. J. L. Paterson, Ueber Goapulver und seine Identität mit Ararobapulver und seinen Nutzen gegen Hautkrankheiten. Med. Times and Gaz. March 6.

Eichhorst, Hermann, Ueber das Verhältniss der akuten Exantheme und der akuten Infectionskrankheiten unter und gegen einander. Deutsche Zeitschr. für prakt. Med. 16.

Foot, Arthur Wynne, Ueber Scharlach. Dubl. Journ. LIX. p. 284. [3. S. Nr. 40.] April.

Forster, Adolf, Ueber das Impfungswesen. Böhm. Corr.-Bl. III. p. 144. [Nr. 26.] Mai.

Foster, A. Clarence, Aeusserl. Anwendung der Eisentinktur bei Erisypelas. Med. Times and Gaz. April 3.

Fox, John M., Ueber die öffentl. Gesundheitspflege in Bezug auf Scharlach. Sanitary Record II. 47; Mai.

Gaskoin, George, Ueber eine seltene Form von Hautkrankheit. Med. Times and Gaz. April 24.

Guibout, E., Ueber Diagnose der Hautkrankheiten. L'Union 52.

Guibout, Vergleichende Pathologie der Schleimhaut und Haut. Gaz. des Hôp. 49.

Guttstadt, Das Reichs-Impfgesetz. Berl. klin. Wochenschr. XII. 2.

Hagenbach, E., Zur Aetiologie des Scharlach. Jahrb. f. Kinderheilk. N. F. VIII. 3. p. 288.

Hatherley, Henry H., Erisypelas bei einer Schwangern. Brit. med. Journ. April 17.

Hansen, G. Armauer, Ueber die Aetiologie der Leprose. Brit. Rev. LV. [110.] p. 459. April.

Hennig, C., a) Zwei- und dreimalige Masern in demselben Körper; — b) Fieber als Vorläufer des Rötheln; — c) Pocken und Spitzblattern; — d) Eigenthümliche Syphiliden. Jahrb. f. Kinderheilk. N. F. VIII. 4. p. 417 ff.

Jakobs, Ueber Granulationen u. punktförmige Moleküle in der menschl. Vaccine (Micrococcus oder Vaccinococcus) und deren Nachweis mit Osmiumsäure. Presse méd. XXVII. 13.



Jakobs, Erisypelas faciei mit folgendem Erisyp. pharyngis und Endokarditis. Presse méd. XXVII. 16 (Jahrbb. CLXVI. p. 132).

James, Constantin, Ueber Ausschläge im Gesicht. Gaz. de Par. 13. 15.

Kinnicutt, E. P., Ueber Peliosis rheumatica. Arch. of Dermatol. I. 3. p. 193. April.

Koch, Generalber. des k. Med.-Coll. über die Impfung und Wiederimpfung in Würtemberg v. J. 1873. Würtemb. Corr.-Bl. XLV. 5. 6.

Koch, G., Zur Aetiologie des Pemphigus neonatorum. Jahrb. f. Kinderheilk. N. F. VIII. 4. p. 425.

König, August Wilhelm, Das Einimpfen der Kuhpocken ist ein Schauder erregendes Vergehen gegen die gesammte Menschheit und durchaus verwerflich. Die radikale Heilung der Menschenpocken vermag einzig und allein die Naturheilmethode und verdient deswegen allgemeine Anerkennung. Dresden. Reinhardt. 8. 34 S. 75 Pf.

Küthe, F. Ph., Ueber Variola u. Varicellen. Nederl. Weekbl. 10. p. 135.

Landgraf, H., Zur Casuistik d. Hautkrankheiten mit Beziehung auf deren vasomotorische Genese. Arch. d. Heilk. XVI. 4. p. 344.

Le Monnier, Y. R., Erisypelas, behandelt mit Chinin. Amer. Journ. N. S. CXXXVII. p. 294. Jan.

Leopold, G., Urticaria febrillis in Folge von Application von Blutegeln. Arch. f. Gynäkol. VII. 3. p. 560.

Letzerich, Ludwig, Diphtherie der Impfwunden, allgemeine Diphtherie, Tod; nebst Bemerkungen über das Verhalten der Schutzpockenlymphe nach Infection mit Diphtherieorganismen in ihrer Wirkung auf den thierischen Körper. Virchow Arch. LXIII. 1. u. 2. p. 178.

Little, James, Ueber Behandlung des Scharlach. Dubl. Journ. LIX. p. 279. [3. Nr. S. 40.] April.

London, Mittheilungen aus den Leprösen-Hütten in Jerusalem: Fall von Lepra anästhetica complicirt mit Myoatrophia u. Motilitätsparalyse u. nachheriger Knotenbildung. Wien. med. Wochenschr. XXV. 13. 14.

Mansfelde, A. S. v., Ueber Variola, deren zoophytischen Ursprung und deren Behandlung. Philad med. and surg. Reporter XXXII. 11. p. 203. Febr.



Michel, Middleton, Fall von Fibroma molluscum. Amer. Journ. N. S. CXXXVII. p. 124. Jan.

Milton, J. L., Ueber Fetteinreibungen bei Masern. Arch. of Dermatol. I. 3. p. 222. April.

Münchmeyer, E., Einiges über die Urticaria. Berl. klin. Wochenschr. XII. 20.

Munsell, E. Y., Ueber Anwendung der Carbolsäure bei erysipelatöser Entzündung. Philad. med. and surg. Reporter XXXII. 16. p. 303. April.

Neumann, J., Ueber Verruca senilis (Keratosis pigmentosa). Wien. med. Presse. XVI. 13.

Neureutter, Bericht über d. Variolafälle im Franz-Joseph-Kinderspitale in d. J. 1871—73. Prag. Vierteljahresschr. CXXXVI. [XXXII. 2.] p. 127.

Papillaud, Lucien, Ueber Inokulation der Variola nach der Vaccination. Gaz. de Par. 12. 17.

Percheron, Em., Etude sur la dermatite exfoliatrice généralisée. Paris. A. Delahaye. 8. $2^1/_2$ Frcs. — Gaz. des Hôp. 33. — Vgl. a. P. Blachez: Gaz. hebd. 2 Sér. XII. 12. p. 177. 181.

Pick, Jos., a) Ueber Psoriasis d. Schleimhäute — b) Ueber patholog. Hornbildungen. Böhm. Corr.-Bl. III. p. 117. [Nr. 25.] April; p. 191. [Nr. 27.] Juni.

Piffard, Henry G., Ueber Klassifikation der Hautkrankheiten. Arch. of Dermatol. I. 3. p. 216. April.

Pochmann, Emanuel, Die Ursachen und die Entstehung der Blatternepidemie, sowie ihre Verhütung. Prag. Selbstverlag d. Vfs. 8. 35 S.

Pooley, Thomas R., Blutung aus den Ohr bei Purpura. Arch. of Dermatol. I. 3. p. 229. April.

Prunac, Masernepidemie. Gaz. des Hôp. 32.

Robertson, Alexander, Fälle von Puerperalfieber, Scharlach und Masern nach der Entbindung. Brit. med. Journ. Mai 15. p. 640.

Samelsohn, Flacher, schrumpfender Hautkrebs. (Allg. ärztl. Verein in Köln.) Berl. klin. Wochenschr. XII. 15. p. 198.

Sänger, Ueber Pemphigus acutus. Würtemb. Corr.-Bl. XLV. 14.

Schönfeldt, J. E. E., Statistik d. Blattern-Epidemie von 1873/74 in Dorpat und der Umgebung. Dorpat. med. Zeitschr. V. 4. p. 259. 343.



Schwimmer, Fall von Herpes Iris. Pester med.-chirurg. Presse XI. 9. p. 141.

Smith, Walter G., a) Favus. — b) Erythema multiforme. Dubl. Journ. LIX. p. 391. 397. 455. [3. S. Nr. 41.] Mai.

Squire, Balmanno, Ueber d. innerl. Anwendung d. Theers b. Psoriasis. Brit. med. Journ. April 10. p. 478.

Squire, Balmanno, Ueber d. Einfluss d. Beschäftigung auf Entstehung v. Hautkrankheiten. Med. Times and Gaz. Mai 22.

Squire, S. N., Ueber Beziehungen zwischen Erisypelas u. Puerperalfieber. Brit. med. Journ. Mai 22. p. 673.

Stasny, Jaroslav, Blattern-Epidemie im Sanitätsbezirke Neustadt in d. JJ. 1871—73. Böhm. Corr.-Bl. III. p. 95. [Nr. 25.] April.

Steiner, Zur Inokulation der Varicellen. Wien. med. Wochenschr. XXV. 16.

Stroganow, N., Ueber Extravasation der rothen Blutkörperchen bei der Werlhoff'schen Krankheit. Virchow's Arch. LXIII. 3. u. 4. p. 540.

Swan, Charles W., Ueber ein neues Exanthem. Boston med. and surg. Journ. XCII. 16. p. 459. April 22.

Tripe, John W., Zur Statistik des Scharlachfiebers. Sanitary Record II. 45; Mai.

Wadsworth, O. F., Fall von Herpes zoster ophthalmicus. Boston med. and surg. Reporter XCII. 8. p. 224. Februar 25.

Weir, Robert F., Ichthyosis of the tongue and vulva. [Reprinted from the New-York med. Journ. March 1875.] New-York. D. Appleton and Co. 8. 19 pp.

Wernher, Zur Kenntniss der Elephantiasis Arabum, besonders in therapeutischer und pathologischer Beziehung. Deutsche Zeitschr. f. Chirurg. V. 4. u. 5. p. 394.

Whittaker, Fall von Prurigo. The Clinic VIII. 14; April. p. 158.

Wigglesworth, Edward, Ueber Affectionen d. Talgdrüsen. Boston med. and surg. Journ. XCII. 4. 11. p. 92. 313. Jan 28; March 18.

Wurm, Ueber die Glycerin-Impflymphe. Würtemb. Corr.-Bl. XLV. 14.



Syphilis.

Abadie, Iritis syphil. plastica exsudativa mit Verlust des Sehvermögens, Wiederherstellung dess. durch künstl. Pupillenbildung. (Soc. de méd.) Gaz des Hôp. 28. p. 221.

Bailey, F. K., Geschwür an den Nates, wahrscheinl. syphilit. Ursprungs. Philad. med. and surg. Reporter XXXII. 15. p. 281. April.

Bremer, Victor, Ueber Fieber bei Syphilis. Nord. med. Ark. VI. 4. Nr. 30. 1874. (Jahrbb. CLXVI. p. 134.)

Bucquoy, Ueber tuberkulöse und syphilit. Laryngitis. Gaz. des Hôp. 46. 50.

Bull, Charles S., Fälle von syphilit. Augenaffectionen. Amer. Journ. N. S. CXXXVIII. p. 412. April.

Caspary, J., Ueber die Dauer der Latenz bei hereditärer Syphilis. Berl. klin. Wochenschr. XII. 13. 14. (Jahrbb. CLXVI. p. 28.)

Cheadle, W. B., Fall von angeborner Syphilis mit Ascites bei einem 3 Monate alten Kinde; Tod. Brit med. Journ. Mai. 22.

Cormack, John Rose, Ueber congenitale Syphilis. Med. Times and Gaz. March 6.

Després, Syphilis d. Hodens, nach Beobachtungen von Dr. Obédénare zu Bucharest. Bull. et mém. de la Soc. de chir. I. 2. p. 140.

Grandidier, Ueber Lungensyphilis und ihre Heilbarkeit durch die Schwefelquellen zu Nenndorf. Berl. klin. Wochenschr. XII. 15.

Grünfeld, Zur Casuistik v. Condylomata acuminata. (K. k. Ges. d. Aerzte.) Wien. med. Presse XVI. 18. p. 396.

Guibout, E., Ueber bösartige galoppirende Syphilis. L'Union 61. 62. (Jahrbb. CLXVI. p. 256.)

Hirschberg, J., Zur Behandl. der gonorrhoischen Bindehaut-Entzündung. Berl. klin. Wochenschr. XII. 11. 12.

Howden, James, Fall von syphilit. Caries und Perforation des Calvarium; eingekapselte Abscesse im Gehirn; Ausfluss aus einem derselben nach aussen; abwechselnd epileptische Convulsionen und purulenter Ausfluss. Journ. of mental Sc. XXI. p. 87. [N. S. 57.] April.

Huguenin, Ueber Hirnsyphilis. Schweiz. Corr.-Bl. V. 5. 7. 10.

Jeannel, J., Ueber die Prostitution in England. Ann. d'Hyg. 2. S. XLIII. p. 307. Avril.

Jones, Handfield. Wahrscheinliche congenitale Syphilis bei einem 13jähr. Kinde. Med. Times and Gaz. March 27. p. 338.



Kohn, Eman., Die Syphilis während d. Periode ihrer Initial- u. Frühformen u. deren Behandlung. Auf Grund von Fournier's „Leçons sur la syphilis“ dargestellt. Wien. Seidel u. Sohn. 8. XII. u. 296 S. 5 Mk.

Krishaber, u. Mauriac, Ueber Kehlkopfkrankheiten in den ersten Stadien des Syphilis. Ann. des malad. de l'oreille et du larynx I. 1. 2. p. 56. 96.

Ladreit de Lacharrière, Ueber acute syphilit. Otitis. Ann. des malad. de l'oreille et du larynx I. 2. p. 93.

Lawson, George, Fall von intrauteriner syphilitischer Iritis. Med. Times and Gaz. April 3. p. 363.

Le Dentu, Syphilitische Entzündung des Musc. gemellus externus. Gaz. des Hôp. 55.

Mauriac, Ueber symptomatische Balano-Posthitis und Phimose bei inficirendem Schanker. Gaz. des Hôp. 32.

Milton, J. L., Ueber Behandlung der secundären Syphilis. Edinb. med. Journ. XX. p. 781. [Nr. 237.] March.

Müller, Friedrich Wilhelm, Pathologie und Therapie des Harnröhrentrippers. Stuttgart. Ferd. Enke. gr. 8. XII. u. 186 S. 2 Mk. 80 Pf.

Porter, P. Brynberg, Ueber angeborne syphilitische Knochenkrankheiten bei Kindern. Amer. Journ. of Obstetr. VII. 4. p. 555. Febr.

Robinson, Beverley, Geschwulst im Larynx bei einem Syphilitischen. Amer. Journ. N. S. CXXXVIII. p. 394. Avril.

Roosa, D. B. John, Syphilitische Erkrankung der Hörnerven (oder d. Cochlea), diagnosticirt durch einen Hautausschlag; specifische Behandlung; Heilung. Arch. of Dermatol. I. 3. p. 228. April.

Russel, Syphilom der Hirnhäute in der Mittellinie und der Rückenmarkshäute in der Cervicalgegend; wiederholte Aura epileptica auf beiden Seiten des Körpers zu verschiedenen Zeiten; Lappung der Leber; Vergrösserung der Milz. Brit. med. Journ. March 27. p. 413.

Smith, T. Curtis, Ungewöhnliche Formen von Knochenerkrankung in Folge von Syphilis. Arch. of Dermatol. I. 3. p. 231. April.

Stedman, C. Ellery, u. Robert T. Edes, Fall von Gehirnsyphilis. Amer. Journ. N. S. CXXXVIII. p. 432. April.

Sturgis, Fred. R., Ueber Anwend. d. Quecksilbers in den letzten Stadien der Syphilis. Amer. Journ. N. S. CXXXVII. p. 107. Jan.

Taylor, R. W., Ueber syphilit. Affectionen des Knochensystems b. Kindern. Amer. Journ. of Obstetr. VII. 4. p. 559. Febr.



Taylor, R. W., Ueber Affectionen d. Thränenapparats b. Syphilis. Amer. Journ. N. S. CXXXVIII. p. 365. April.

Thaden, A. v., Epilepsie bei syphilit. Beingeschwür mit chron. Neuritis. Deutsche Zeitschr. f. Chir. V. 4. u. 5. p. 519. 520.

Thoresen, N. W., Ueber den Zusammenhang zwischen Syphilis und Phthisis. Norsk. Mag. 3. R. V. 5. p. 1.

Wille, Syphilis und Psychose. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie XXXII. 1. p. 42.

Autoren- und Sachregister.

A.

B.



C.

D.





J.

K.

L.



M.

N.

O.

P.



Seite

R.

S.

T.



Seite

V.

W.

Z.

Druck von Adolf Holzhausen in Wien
k. k. Universitäts-Buchdruckerei.

